



Marina Steffansson, Marjo Pulliainen & Riitta Lappi

IKÄIHMISTEN HYVINVOINTIA RAKENTAMASSA

Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet -hanke



**Diakonia-ammattikorkeakoulu
Helsinki 2015**

DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUJA

C Katsauksia ja aineistoja 37

[C Reviews and materials 37]

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu

Kannen kuva: Shutterstock

Taitto: Ulriikka Lipasti

ISBN 978-952-493-237-0 (nid.)

ISBN 978-952-493-238-7 (pdf)

ISSN 1455-9935

Juvenes Print Oy Tampere 2015

TIIVISTELMÄ

**Marina Steffansson
Marjo Pulliainen &
Riitta Lappi (toim.)**

**Ikäihmisten hyvinvointia rakentamassa
Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet
mahdollisuudet -hanke**

Helsinki:

Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2015

124 s.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja
C Katsauksia ja aineistoja 37

ISBN

ISSN

978-952-493-237-0 (nid)

1455-9935

978-952-493-238-7 (pdf)

Hallittu palvelujärjestelmän monipuolistaminen vaatii tutkimusta, joka auttaa arvioimaan erilaisten järjestämistapojen ja palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja kustannuksia eri tahojen näkökulmista. Sosiaalitalous ja terveystaloustiede luovat hyvän perustan tälle tutkimukselle. Tämä julkaisu koostuu Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet -hankkeen kolmesta tutkimusosiosta. Ensimmäisessä osiossa raportoidaan tutkimustuloksia luottamuksen ja vallan merkityksestä ja yhteydestä palvelujen järjestämiseen, tuottamiseen ja palvelusuhteeseen haastatteluaineiston perusteella. Luottamus määriteltiin (epä)varmuuden ja tiedon asymmetrian kautta. Toisessa osiossa tutkittiin valinnanvapauden merkitystä julkisen kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen. Valinnanvapautta tarkasteltiin ikääntyneen asiakkaan subjektiivisen kokemuksen kautta. Kolmannessa osiossa tarkasteltiin ikäihmisten perhehoitoa saatavilla olevan kirjallisuuden ja tiedon pohjalta, selvitettiin mahdollisia ikäihmisten perhehoidon kustannusten tarkastelutapoja ja lopuksi arvioitiin ikäihmisten perhehoidon edellytyksiä.

Asiasanat: ikäihmiset, luottamus, kotihoito, valinnanvapaus, perhehoito, kustannukset

Teemat: Hyvinvointi ja terveys

Julkaistu: Painettuna ja Open Access -verkkojulkaisuna

ABSTRACT

**Marina Steffansson
Marjo Pulliainen &
Riitta Lappi (eds.)**

Improving the Wellbeing of the Elderly

Project "New Possibilities for the
Reorganisation of Welfare Services"

Helsinki:

Diaconia University of Applied Sciences, 2015

124 pages
Series

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja
C Katsauksia ja aineistoja 37
[Publications of Diaconia University of
Applied Sciences
C Reviews and materials 37]

ISBN

978-952-493-237-0 (nid)

978-952-493-238-7 (pdf)

ISSN

1455-9935

A controlled diversification of our services requires research so that we may evaluate, from different perspectives and in terms of quality, effectiveness and costs, the different methods of arranging services as well as the various services themselves. Social and health economics provide a good foundation for such research. The present publication consists of three study reports from the PALMA project. The first part relies on interview data and reports research results concerning the significance of trust and power and their connection to the provision and production of services and to service relationships. Trust is examined through the concepts of uncertainty and information asymmetry. The second part examines the significance of freedom of choice for the effectiveness of public home care services. Freedom of choice is studied through aged customers' subjective experiences. The third part investigates family care for the elderly on the basis of literature and other information available, studies different ways of evaluating the costs of family care for the elderly, and finally, assesses the conditions for such care.

Key words: elderly people, trust, home care, freedom of choice, family care, costs

Themes: Well-being and Health

Published: Printed and Open Access

ESIPUHE

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään kaivataan uudistuksia, joilla saadaan monipuolistettua palvelutuotantoa, parannettua palvelujen laatua ja vaikuttavuutta sekä turvattua palvelujen saatavuus. Tämä on haaste koko maassa, mutta erityisen haasteellista se on Itä-Suomessa, missä ikääntyneiden osuus kasvaa muuta maata nopeammin ja väestön terveydentila sekä koulutus- ja tulotaso ovat muuta maata heikompia. Etelä-Savon maakuntaliiton ja Euroopan aluekehitysrahaston osarahoittama ja Diakonia-ammattikorkeakoulun toteuttama Hyvinvointipalveluiden järjestämisen uudet mahdollisuudet (PALMA) -hanke on tutkimuksellinen kehittämishanke, jonka tarkoituksena on lisätä tietoa sosiaalipalveluiden järjestämistavoista ja palveluiden vaikuttavuudesta. Hankkeessa keskitytään ikääntyneiden sosiaalipalveluihin. Hanke on toiminut vuosina 2011–2014 Etelä-Savon maakunnan alueella.

Hankkeen tuloksena tuotettua tutkimustietoa voidaan hyödyntää ikääntyneiden elämänlaadun parantamisessa sekä sosiaalipalveluiden, kustannusten ja vaikuttavuuden arvioinnissa että sosiaalipalveluja koskevassa päätöksenteossa. Hankkeen eri tutkimusosioiden etenemiseen artikkeliksi asti ovat vaikuttaneet merkittävästi hankkeeseen osallistuneet yhteistyötahot. Hyvin onnistunut yhteistyö varmisti tutkimuksissa tarvittavan aineiston. Hankkeen ohjausryhmä on myös jakanut omaa asiantuntijuutta hankkeessa työskenteleville, ja se on ollut tärkeässä asemassa hankkeen etenemisessä.

Pieksämäellä 3.3.2015

Marina Steffansson, Marjo Pulliainen ja Riitta Lappi (toim.)

Diakonia-ammattikorkeakoulu

SISÄLLYS

I LUOTTAMUS JA VALTA VANHUSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESSÄ – teemahaastattelututkimus ikäihmisten, kunnan ja palveluntuottajien käsityksistä.....	11
1 JOHDANTO.....	13
2 TEOREETTINEN TAUSTA.....	19
3 AINEISTO JA MENETELMÄ.....	23
4 TULOKSET.....	27
4.1 Luottamus vanhuspalvelujen järjestämisessä.....	27
4.2 Valta vanhuspalvelujen järjestämisessä.....	35
5 YHTEENVETO.....	39
5.1 Hyvän toiminnan ehdot vanhuspalvelujen järjestämisessä.....	39
5.2 Edellytyksiä erilaisten järjestämistapojen käyttämiseksi.....	41
5.3 Luottamus ja valta palveluntuottajavalinnoissa ja -päätöksissä.....	43
5.4 Luottamus ja valta palveluntuottajan ja asiakkaan välisessä suhteessa.....	44
6 POHDINTAA.....	47
LÄHTEET.....	50
II VALINNANVAPAUDEN MERKITYS KOTIHOIDON PALVELUJEN VAIKUTTAVUUTEEN.....	53
1 JOHDANTO.....	55
2 IKÄÄNTYNEELLE MERKITTÄVIÄ TEKIJÖITÄ.....	59
2.1 Ikääntyneiden valinnanvapaus hoivapalveluissa.....	60

2.2 Ikääntymisen tuomien tarvetekijöiden merkitys valinnoissa.....	62
2.3 Ikääntyneiden sosiaalipalvelujen vaikuttavuus.....	63
3 AINEISTO JA MENETELMÄ.....	67
4 TULOKSET.....	73
5 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	79
LÄHTEET.....	80
LIITE 1. Tutkimuksessa tarkastellut muuttajat ja niiden jakaumat.....	86
III IKÄIHMISTEN PERHEHOIDON JA KUSTANNUSTEN TARKASTELUA.....	89
1 IKÄIHMISTEN PERHEHOIDOSTA SAATAVA TIETO.....	91
1.1 Perhehoidon erityispiirteitä kansainvälisesti.....	96
2 IKÄIHMISTEN PERHEHOITO SUOMESSA.....	99
2.1 Ikäihmisten perhehoidon toiminta.....	100
2.2 Perhehoidon asiakkaat.....	101
2.3 Ikäihmisten perhehoidosta maksettavat korvaukset.....	103
2.4 Ikäihmisten perhehoidon asiakasmaksut.....	104
3 IKÄIHMISTEN PERHEHOIDON KUSTANNUSTEN ARVIONTITAPOJA.....	105
3.1 Vanhusten perhehoidon käyttöönotto Tampereella -selvitys 2012.....	106
3.2 Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä tehdyt laskelmat.....	107
3.3 Esimerkki teoreettisesta perhehoidon kustannusten tarkastelusta.....	109

4 IKÄIHMISTEN PITKÄAIKAISEN PERHEHOIDON VERTAILUA MUIHIN PALVELUMUOTOIHIN.....	113
5 PÄÄTELMÄT.....	115
LÄHTEET.....	117

Riitta Lappi

I LUOTTAMUS JA VALTA VANHUSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESSÄ

**– teemahaastattelututkimus ikäihmisten, kunnan ja
palveluntuottajien käsityksistä**

Meidän resurssit eivät riitä siihen, että me olisimme ihmisille niin läsnä.

Sekä vanhusasiakkaat että erilaiset palveluntuottajat toimivat ympäristössä, jota he tulkitsevat omalla erityisellä tavallaan. Nämä tulkinnat ohjaavat toimintaa. ”Hyvän toiminnan” järjestämiseksi on välttämätöntä tietää, miten eri toimijat ymmärtävät toimintaympäristönsä – tässä tutkimuksessa erityisesti luottamuksen ja vallan.

Palveluohjaus, aktiivinen tiedonvälitys ja asiakkaan osallisuuden tukeminen ovat keskeisiä tekijöitä suunniteltaessa uusia ja kehitettäessä vanhoja tapoja järjestää ja tuottaa vanhushpalveluja. Asiakkaiden, erilaisten palveluntuottajien ja kunnan äänen kuuleminen sekä avoin vuorovaikutus voivat rinnakkaisina lisätä mahdollisuuksia jatkaa kunnallisen palvelutuotannon ja vapaiden markkinoiden yhteistyön tuloksia asiakkaiden parhaaksi.

Asiasanat: luottamus, valta, palveluntuottajat, palvelujärjestelmät, vanhushpalvelut, vanhukset

1 JOHDANTO

Sekä luottamus että valta ovat mediassa käsitteinä esillä joka päivä, eikä palvelujen järjestämisestä, tuottamisesta ja asiakkaan oikeuksista voi puhua ilman niitä. Organisaatioteoriassa käsitteitä on tutkittu paljonkin, mutta terveystaloustieteen näkökulmasta vähemmän.

Raportoin tässä artikkelissa tutkimustuloksia luottamuksen ja vallan merkityksestä ja yhteydestä palvelujen järjestämiseen, tuottamiseen ja palvelusuhteeseen haastatteluaineiston perusteella. Tutkimuksen palvelut olivat kunnan järjestämiä vanhusten koti-, asumis- ja pitkäaikaishoitopalveluja, joita tuottavat kunta, yksityinen ja kolmas sektori sekä yksityishenkilöt (toimeksiantosopimuksella).

Käsitteen määrittelyssä valitsin yleisen luottamuksen määrittelyn sijaan terveystaloustieteen näkökulman. Olen tarkastellut luottamusta taloustieteen nobelisti Kenneth Arrow'n (1963) kuvaaman epävarmuuden ja tiedon asymmetrian avulla. Palvelujen järjestäjillä on tieto vaihtoehtoista ja tuottajista, mutta asiakkaan tieto näistä on heikompi. Luottamus on tila, jossa henkilö uskoo toisen osapuolen toimivan ”oikein”. Myös järjestäjän ja palveluntuottajan välillä on usein tiedon asymmetriaa: strategia vaihtuu valtuustokausittain, tai jopa sen aikana joudutaan tekemään uudenlaisia linjauksia, eikä tiedottaminen aina onnistu optimaalisesti kaikille tuottajille. Kaikissa sopimussuhteissa osapuolten on voitava luottaa toisiinsa. Julkinen sektori pyrkii korjaamaan kilpailullisten markkinoiden epäonnistumista erilaisin tavoin. Erilaiset hankinta- ja kilpailutustavat sekä avoin yhteistyö paikallisten palveluntuottajien kanssa lisäävät tietoa palvelujen tarpeesta ja näin molemminpuolista luottamusta.

Palvelujen käyttäjänä asiakkaalla on tarve luottamukseen, mutta hän on epävarma omasta terveydestään ja tulevista tarpeistaan. Toisaalta asiakkaalla on ”lupaus” palvelujen ja hoivan saatavuudesta julkisen sektorin todettua tarpeen. Tuntiessaan epäluottamusta asiakkaan vaikutusmahdollisuudet esimerkiksi palveluntuottajan vaihtamiseen ovat yleensä sangen rajalliset. Poikkeuksena ovat palvelusetelin avulla järjestetyt palvelut, joissa asiakas voi itse vapaasti vaihtaa palveluntuottajaa. Todellisuudessa ikäihmiset ”äänestävät jaloillaan” melko harvoin (Kuusinen-James & Seppänen 2013, 324, 327).

Tieto omasta tilanteesta ja eri toimintavaihtoehtoista on sosiaalihuollon asiakkaan lakisääteinen oikeus (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000, 5. §). Tätä tietoa tulee antaa avoimesti ja oma-aloitteisesti ilman asiakkaan esittämää toivetta. Asiakkaan itsemääräämisoikeudella ei ole käytännössä merkitystä, ellei hän saa riittävästi tietoja muodostaakseen perustellun käsityksen asiasta. Mikäli viranhaltijoiden neuvonta ja ohjaus on puutteellista, ylimalkaista eikä ota riittävästi huomioon asiakkaan kognitiota, saattaa se vaarantaa erityisesti heikoimmassa asemassa olevien oikeusturvan ja estää asiakkaan tarvitseman palvelun saamisen. (Karinen 2010, 72). Toisaalta sosiaalipalveluissa asiakkaan itsemääräämisoikeus on heikempi kuin terveydenhuollossa, mutta asiakkaalle on kuitenkin ”annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen” (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000, 8.2 §). Asiakkaan mielipidettä siis edellytetään kysyttävän, mutta päätöksen tekijä hän ei välttämättä ole (Kalliomaa-Puha 2007, 87). Myös vuorovaikutustilanne vaikuttaa tiedonvälitykseen: hoidetaanko tiedonvälitys vain viranhaltija-asiana vai onko vanhus omaisineen paikalla, onko tapahtumapaikkana viranhaltijan työhuone vai vanhuksen koti, miten laajasti saatavilla olevista palveluista kerrotaan? (Valokivi 2014, 292).

Käsite valta viittaa päätöksenteon suvereenisuuteen, joka ei toteudu ilman avointa tiedonjakoa ja kumppanuuteen perustuvaa yhteistyötä. Asiakkaan kannalta valta on myös mahdollisuutta päättää itse omista asioista ja jokapäiväiseen elämään liittyvistä toimista. Osallistumismahdollisuuksien kehittyminen edellyttää, että palvelujärjestelmässä arvostetaan palvelujen käyttäjien kokemuksia ja tietoa. Asiakkaan tulisi olla oman asiansa asiantuntija, joka itse voi osallistua ja vaikuttaa oman avun ja tuen tarpeensa määrittelyyn sekä sen toteutuksen pohdintaan. (Harjajärvi, Kairi, Kuusterä & Miettinen 2009.)

Tutkimuksen yhtenä hypoteesina on, että kunnan järjestämistä palveluista asiakkaalla on eniten päätösvaltaa palveluseteliä käytettäessä. Järjestämistavan suhteen tutkimuksia ei juuri ole, mutta yksikkökoon pienentyessä ja toiminnan erikoistuesssa asiakkaiden yksilölliset tarpeet voidaan huomioida paremmin eli asiakkaan ”ääni” kuuluu paremmin (Pekkarinen 2006). Käänteisesti voitaneen siis todeta, että asiakkaan päätösvalta on huonoimmillaan isoissa yksiköissä, joissa on paljon erilaisia asiakkaita. Toisaalta haastatteluissa pyrittiin myös saamaan selville asiakkaiden oma halukkuus vallan käyttöön ja se, mihin asioihin halutaan itse vaikuttaa.

Hyvinvointipalvelujen markkinoistuminen ja tilaaja–tuottaja-malli tukevat hierarkkista suhdetta, jossa valta on tilaajalla. Se vaikuttaa myös markkinoille pääsyyn ja esimerkiksi sopimusten määräaikaaisuuteen. Tuottajien epävarmuus ja -luottamus omasta asemastaan ja riittävästä asiakasvolymista heijastuvat myös työntekijöihin ja asiakkaisiin. (Juhila & Günther 2013, 310–311.)

Palvelun järjestäjän ja tuottajan kannalta johtamismallina niin sanotun uuden hallinnan (New Public Management) korostama kumppanuus on verkostomainen tapa organisoida palveluja. Siinä kunta ei toimi yksin valtaa käyttävänä, vaan avautuu kehittämistyöhön kansalaisten, järjestöjen ja yritysten kanssa. Sillä tavoitellaan kaikille hyötyä tuottavia tuloksia: laadukkaita, innovatiivisia ja joustavia (vanhus)palveluratkaisuja sekä pitkäjänteisiä ja molemminpuolista hyötyä tuottavia kumppanuussopimuksia. (Juhila & Günther 2013, 299.)

Palvelutarpeen määrittely tapahtuu joko suunnitellusti vanhuksen itsensä, läheisen tai muun tahon pyynnöstä tai kuten usein, äkillisen sairastumisen tai sairaalahoitoa vaatineen jakson jälkeen toipilasvaihetta suunniteltaessa. Asiakkaalle laaditaan yhdessä hänen kanssaan kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma perustuu asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin, ja se tarkistetaan yleensä kerran vuodessa tai palvelutarpeen muuttuessa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista 2012, 15.–16. §).

Toimeksiantosopimuksella annetaan informaalia eli läheisen suorittamaa hoivaa. Kunta maksaa sopimuksen mukaan omais- tai perhehoitajalle palkkiota tämän suorittamasta hoivasta ja perhehoitajalle myös kulkukorvausta. Omaishoitotilanteeseen useimmiten ”ajaututaan” pikkuhiljaa ilman tietoista päätöstä, mutta perhehoitajuus edellyttää ennakkoval-

mennusta ja on pidemmän prosessin ja hyväksynnän tulos (Perhehoitajalaki 1992, 1. §).

Kaikissa muissa palveluissa paitsi palvelusetelimallissa asiakas tekee sopimuksen kunnan kanssa. Palvelusetelin saanut asiakas tekee sen sijaan sopimuksen palveluntuottajan eli yksityisen palvelusetelituottajan kanssa. Edellä mainitut sopimussuhdetta koskevat kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet.

Palvelun järjestäminen perustuu sosiaalihuollossa hallintopäätökseen ja terveydenhuollossa hoitopäätökseen. Kunnalla on informointivelvoite suhteessa asiakkaaseen kaikissa palvelun järjestämistavoissa. Mikäli kunta ei itse voi tuottaa jotain palvelua, se voi tarjota asiakkaalle sen hankkimiseksi palveluseteliä tai hankkia sen itse asiakkaalle ostopalveluna. Kunnan on selvitettävä asiakkaalle tämän asema palveluseteliä käytettäessä, palvelusetelin arvo, palveluntuottajien hinnat, omavastuuosuuden määräytymisen perusteet ja arvioitu suuruus sekä vastaavasta palvelusta lain mukaan määräytyvä asiakasmaksu. Myös kunnan itse tuottamien tai ostopalveluna hankittavien palvelujen sisältö ja asiakasmaksut sekä mahdollinen asiakkaalle jäävä oman käyttövaran suuruus on selvitettävä sekä suullisesti että kirjallisesti. Kaikista päätöksistä tehdään viranhaltijapäätös, johon on valitusoikeus.

Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa Sitä saa mitä tilaa on kuvattu tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehittymistä. Erityisesti vanhuspalvelujen asiakkaat tarvitsevat useita terveys- ja sosiaalipalveluita. Erilaisten tuottajayksiköiden ja niiden ammattilaisten välinen yhteistyö on edellytys vanhusta palvelevalle toimivalle kokonaisuudelle. Sekä julkisen että yksityissektorin palvelut tulee organisoida ja johtaa halliten, myös kilpailuttamisprosessit ja sopimusneuvottelut. Monien tuottajien kokonaisuuden johtaminen tulisi näkyä strategisen ja suunnitelmallisen kehittämisen kohteena. Myös palveluntuottajien välisen yhteistyön merkitys on nostettu kehittämiskohteeksi jo sopimuskauden aikaisen sopimisen ja yhteistyön toimivuuden arvioimiseksi. (Junnila ym. 2012.)

Kilpailutus on vaativaa myös siihen osallistuville yrityksille, sillä tarjouspyyntöihin vastaaminen vaatii aikaa, rahaa ja osaamista. Riski erityisesti pienyrityksillä jättää itsensä kehittäminen vähemmälle kasvaa (Valkama, Kallio & Kankaanpää 2008). Sopimuksen sisältö ja pituus ovat oleellisia tekijöitä palveluntuottajalle. Parhaat sopimukset edellyttävät luottavaista ja tasaveroisuutta korostavaa ilmapiiriä (Kovalainen & Österberg-Högstedt

2008). Toisaalta hyvin tarkkasisältöiset sopimukset lisäävät kunnan valvontavelvoitteita ja saattavat kasvattaa luottamuspulan lisäksi myös transaktio- (sopimuksen valmisteluun ja täytäntöönpanoon liittyviä) kustannuksia.

Kuntapäättäjien ja virkamiesten haastattelututkimuksissa on tunnistettu ja tunnustettu kilpailuttamisen ongelmat (Fredriksson, Hyvärinen, Mattila & Wass 2009). Ne liittyvät esimerkiksi kilpailuttamisosaamisen vaativuuteen ja prosessin raskauteen sekä ostopalvelujen valvontaan. Valintakriteereissä ei ole osattu painottaa riittävästi paikallisuutta ja laatua.

Jatkuva palvelujen kilpailuttaminen voi olla tehokasta lyhyellä tähtämellä, mutta pidempää yhteistyösuhdetta ajatellen se saattaa jopa laskea tehokkuutta, mikäli tilaajan ja tuottajan sekä asiakkaan luottamussuhde ei ole ehtinyt kehittyä. Mikäli julkinen tuotantoyksikkö laitetaan kilpailemaan muiden kanssa, saattaa se aiheuttaa sisäistä tehottomuutta. Se voi olla fyysistä (tuotannon alikäyttöä) tai henkistä resursseista johtuvaa (epävarmuus, epäluottamus, henkilöstöressurssien vajaakäyttö). (Kähkönen 2007.

2 TEOREETTINEN TAUSTA

Haastattelututkimuksen teemat on johdettu talousteorian käsitteistä liittyen täydellisten markkinoiden ehtojen toteutumiseen hyvinvointipalvelujen järjestämisessä. Pohjana käytin yhden uusklassisen taloustieteen perustajan, Kenneth Arrow'n (1963) klassikkoartikkelia. Hän pohtii siinä ("Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care") sairaanhoidon erityisyyttä normatiivisen taloustieteen näkökulmasta. Hän ei ota kantaa terveydenhuollon järjestämiseen eli hän ei asetu artikkelissaan julkinen–yksityinen -akselille. Sijoitan omassa tutkimuksessani sairaanhoidon sijaan sosiaalipalvelut ja pohdin aineiston perusteella luottamuksen (tiedon ja epävarmuuden) sekä vallan (osallisuus, kumppanuus) ilmenemistä sosiaalipalvelujen järjestämisessä.

Täydelliset (aidot) markkinat ovat tilanne, jossa tuotannontekijöiden (pääoma, työvoima) tai hyödykkeiden (tavara, palvelu) kysyntä ja tarjonta kohtaavat ja jossa näille syntyy hinta tuottajien välisen kilpailun kautta (markkinat). Markkinoilta edellytetään kilpailutilanteen ja riittävän informaation olemassaoloa sekä sitä, että pääsy markkinoille ja sieltä pois pääsy on rajoittamatonta. Terveyspalvelumarkkinat eivät täytä edellä mainittuja ehtoja. (Arrow 1963.) Tämä on todettu Suomessa myös sosiaalipalvelumarkkinoilla: todellista kilpailua ei ole syntynyt, ja sekä ostajia että myyjä on liian vähän (Kovalainen & Österberg-Högstedt 2008; Kähkönen & Volk 2008).

Arrow'n (1963) mukaan täydellisten markkinoiden ehdot eivät toteudu. Ehdot ovat seuraavat: 1. kuluttajan (asiakkaan) varmuus tarpeesta, 2. kuluttajan (asiakkaan) täydellinen tietämys hyödykkeestä, 3. kuluttajan (asiakkaan) täydellinen valinnanvapaus ja suvereenisuus, 4. useita keskenään kil-

paivevia tuottajia ja 5. ei ulkoisvaikutuksia. Näiden ehtojen toteutumiseen voidaan vaikuttaa erilaisin julkisen vallan toimin tai rakentein ”paikaten” markkinoiden epäonnistumista esimerkiksi palveluja säätelemällä, rahoittamalla tai tarjoamalla. Vapaiden markkinoiden ja julkisen palvelutuotannon välimaastoon syntynyttä tilaa voidaan kutsua näennäismarkkinoiksi (quasi-markets). Siellä palvelun ostopäätöksen tekee joko kokonaan tai osittain julkishallinnon organisaatio, kun taas vapailla markkinoilla ostopäätöksen tekee asiakas itse. Näennäismarkkinat ovat syntyneet kasvaneesta palvelutarpeesta, johon julkinen sektori ei ole yksin pystynyt vastaamaan. Näennäismarkkinoilla tarkoitetaan palvelujärjestelmään luotuja markkinoita, joilla julkishallinto mahdollistaa yksityisten palveluntuottajien pääsyn järjestämisvastuullaan olevien palvelujen tuottajaksi. Julkinen hoitaa sekä kysyntää etsimällä asiakkaalle palveluntuottajan että tarjontaa kilpailuttamalla tai tuottamalla itse palveluja.

Täydellisten markkinoiden ehtojen toteutumista vanhuspalveluissa voidaan arvioida seuraavien kysymysten avulla:

1. Onko vanhuksella varmuus hoivan tarpeestaan? Useimmiten kyllä, kun kotona yksin tai kaksin pärjääminen ei enää onnistu pelkästään omaisten ja läheisten turvin. Degeneroiva sairaus voi vaikuttaa arvioinnin onnistumiseen. Varmuus tarpeesta on todettu palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelulupaus annettaessa, mutta tarpeen lisääntyminen voi tapahtua hyvinkin yllätyksellisesti. Palveluntuottaja arvioi yhdessä asiakkaan, omaisten ja järjestäjän kanssa asiakkaan tarpeen muutosta vähintään vuoden välein tai tilanteen muututtua.
2. Onko vanhuksella täydellinen tietämys palveluista tai hoivan tarpeen tyydyttämismahdollisuuksista? Monien hyväkuntoisten ja toimintakykyisten vanhusten kohdalla tämäkin ehto täyttyy, mutta erityisesti muistisairaiden vanhusten omaisten tietämys on avainasemassa. Tieto saatavilla olevista palveluista ja julkisesta tuesta saattaa usein jäädä vähäiseksi ja pintapuoliseksi, mikäli niistä tiedotetaan vain esimerkiksi hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä tai mediassa. Palvelunjärjestäjiä sitoo palvelustrategia ja siihen osoitetut resurssit. Palveluntuottajia ei useinkaan oteta palvelustrategian laadintaan mukaan, jolloin tuotannon suunnittelu pitkällä tähtäimellä on vaikeaa.

3. Onko vanhuksella täydellinen ja suvereeni valinnanvapaus omiin palveluihinsa? Yksilölliset mahdollisuudet tehdä valintoja vaihtelevat suuresti, mutta vanhuksen kyvykkyydestä huolimatta palveluvalikko on usein rajallinen eikä todellista valinnan mahdollisuutta ole. Julkisen sektorin palveluohjauksen kautta saadut palvelut ovat yleensä tarkasti määritellyt aikaa ja palvelun sisältöä myöten. Tämä voi aiheuttaa hyvin tiukasti tulkittaessa päällekkäisyyttä ja turhia palveluita. Ulkomailla on käytössä malleja, missä asiakas saa itse määrittellä itseään parhaiten hyödyttävät palvelut ja hankkia ne henkilökohtaisen budjetin avulla. Suomessa on pilotoitu mallia laajimmin kehitysvammaisten palveluissa (ks. Kehitysvammaliitto i.a.), mutta sitä on kokeiltu myös vanhuspalveluissa. Nykyinen lainsäädäntömme ei mahdollista mallin virallista käyttöönottoa.
4. Onko markkinoilla useita keskenään kilpailevia tuottajia? Pienillä paikkakunnilla ja harvaanasutuilla alueilla on monesti pula palveluntuottajista (myös kunnallisista), vaikka tarjontaa pyritäänkin kasvattamaan esimerkiksi palvelusetelin avulla.
5. Välttääkö vanhuspalveluja järjestettäessä ulkoisvaikutuksilta? Ei, sillä niillä voidaan ”vapauttaa” omaisia palkkatyöhön tai itsestään huolettimiseen vanhuksen siirtyessä pitkäaikaiseen hoivaan. Välittämisen näkökulma täyttyy vanhuksen hoivantarpeen täyttyessä.

Käsittelen tässä artikkelissa edellä mainituista ehdoista lähinnä kolmea ensimmäistä, jotka liittyvät luottamukseen (tiedon asymmetriaan) ja valtaan (suvereenisuuteen ja valinnan vapauteen). Palveluntuottajien ja järjestäjien asiantuntemukseen liittyvää tietoa ovat palveluntarve (sairaus tms.), palvelunkuvaus (palvelun vaihtoehdot) ja tuottajia koskeva tieto (vrt. Haas-Wilson 2001, 1038).

Asiakkaan roolin määrittely vaikuttaa palvelujen järjestämiseen. Valkama (2004) näkee kansalaiset palvelujärjestelmissä asiakkaina ja potilaina sekä palvelujen käyttäjinä ja kuluttajina. Niiranen (2002) määrittelee kolme erilaista palvelujen käyttäjän roolia: 1) kansalainen palvelujen kohteena (”kohdeasiakkuus”), 2) kansalainen aktiivisena toimijana ja palvelujen subjektina ja 3) kansalainen demokraattisena yhteisön jäsenenä ja palve-

lujen käyttäjänä. Myös ikäihmiset asiakkaan roolissa on nähty siirtymässä sosiaalipalveluissakin ensimmäisestä, palvelujen saajasta, kohti kolmatta, omien palvelujen määrittelijää ja muotoilijaa. Eräs tutkijaryhmä päätyy kuvaamaan ikääntyviä palvelusetelin käyttäjiä näennäis- eli kvasikuluttajiksi, sillä valinnan mahdollisuudet toteutuvat todellisuudessa vain rajatusti eikä autonomisesta kuluttajuudesta voi puhua (Kuusinen-James & Seppänen 2013).

Tutkimuksessa etsin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mitkä ovat hyvän toiminnan ehdot vanhuspalvelujen järjestämisessä?
- Millä edellytyksin erilaisia järjestämistapoja voidaan käyttää?
- Kuinka luottamus ja valta näkyvät palveluntuottajavalinnoissa ja -päätöksissä?
- Kuinka luottamus ja valta näkyvät palveluntuottajan ja asiakkaan välisessä suhteessa?

3 AINEISTO JA MENETELMÄ

Haastateltavat valittiin kolmelta eri paikkakunnalta Itä-Suomesta niin, että he edustivat erilailla tuotettuja palveluja julkisen tuotannon lisäksi (taulukko 1). Kuntien vanhuspalvelurakenteet olivat tuotantotavaltaan hyvin erilaisia.

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden paikkakuntien vanhuspalveluiden tuotantorakenne (% kaikista vanhuspalveluista)

% kaikista vanhuspalveluista	Kunnan oma tuotanto	Ostopalvelu	Palveluseteli	Toimeksiantosopimus (omais- ja perhehoito)
Paikkakunta 1	62	20	13	5
Paikkakunta 2	65	17	4	14
Paikkakunta 3	75	3	8	14

Haastatellut henkilöt olivat kolmen itäsuomalaisen kaupungin tai kunnan vanhuspalvelujohtoa tai väliesimiestasoa (11 toimihenkilöä), kunnallisia (6 esimiestä) ja yksityisiä palveluntuottajia (8 yrittäjää), toimeksiantosopimuksella toimivia yksityishenkilöitä (5 henkilöä) sekä palveluja käyttäviä vanhuksia (10 henkilöä kunnallisesti ja 10 ostopalvelusopimuksella järjestetyissä palveluissa sekä 2 palveluseteliasiakasta ja 4 omais- tai perhehoidon asiakasta). Vanhusasiakkaiden keski-ikä oli 80,5 vuotta (70–96-vuotiaita) ja omaishoitajien 71,5 vuotta (61–81-vuotiaita).

Ikäihmisistä käytän rinnakkain sanoja vanhus, vanhusasiakas ja ikäännytynyt. Huolimatta vallalla olevasta organisaatiokeskeisestä ajattelusta olen

pyrkinyt käsittelemään sekä vanhusasiakkaita että palvelunjärjestäjiä ja tuottajia samanarvoisina toimijoina.

Haastateltavat vanhusasiakkaat olivat saaneet kunnan järjestämän kotihoidon, omaishoidon, perhehoidon, palveluasumisen tai pitkäaikaishoidon päätöksen, ja he olivat säännöllisiä palvelun käyttäjiä. Näitä palveluja tuotettiin kunnan omana tuotantona, ostopalveluna, palveluseteliyrittäjien suorittamana tai toimeksiantosopimuksen kautta yksityishenkilöiden tekeminä (omaishoito ja perhehoito). Ostopalvelujen tuottajat olivat joko yksityisyrittäjiä, yhdistyksiä tai säätiöitä.

Osa järjestäjistä ja tuottajista haastateltiin puhelimitse, mutta kaikki asiakashaastattelut tehtiin heidän kotonaan tai omassa huoneessa hoitopaikassa. Vanhusasiakkaiden valintakriteereinä olivat riittävän hyvä kognitio ja muisti (MMSE \geq 20) sekä poissuljettu vakava mielenterveydellinen ongelma (GDS $<$ 10). Asiakasrekistereistä heidät valittiin sukunimen alkukirjaimesta R ja siitä eteenpäin. Palveluntuottajan edustaja suoritti valinnat annetuilla ohjeilla ja lähetti asiakkaille esittelyn ja lupakaavakkeen, joten haastattelijat eivät joutuneet missään vaiheessa tekemisiin heidän rekisteri- tai hoitotietojensa kanssa.

Teemahaastattelun kysymykset on laadittu niin, että ne avaavat yleisesti käytettäviä käsitteitä terveystaloustieteen teorian näkökulmasta. Luottamukseen liitetään silloin tiedon asymmetria (epätasainen jakautuminen), joka asiakkaan näkökulmasta liittyy tiedonvälitykseen, epävarmuuteen tulevaisuudesta (saatavista palveluista) ja valinnanvapauteen. Palvelujen järjestäjien ja tuottajien näkökulmasta ne liittyivät palvelustrategiaan, tulevaisuuden näkymiin, informaatio-ohjaukseen ja valvontaan. Kaikilta osapuolilta kysyttiin myös hyvän ja luottamuksellisen palvelu- tai yhteistyösuhteen ominaisuuksia ja edellytyksiä. Valta-käsitteen liitin päätöksenteon suvereenisuuteen, avoimeen tiedonjakoon ja kumppanuuteen. Ikäihmisiltä kysyttiin heidän vaikutusmahdollisuuksiaan toisaalta omaan jokapäiväiseen elämään ja toisaalta heidän saamiinsa palveluihin. Elämänhallintaan liittyvät teemakysymykset olen mukaillut englantilaisen ASCOT-elämänlaatumittarin kysymyksistä koskien arjen hallintaa, mielekästä tekemistä ja arvokkuuden kokemusta (ks. Personal Social Services Research Unit i.a.). Palvelujen järjestäjiä ja tuottajia pyydettiin kertomaan kilpailutuksesta ja sen vaikutuksista, valintaprosesseista ja vuorovaikutuksesta toimijoiden kesken. Hyvän palvelusopimuksen edellytyksiä kartoitettiin kaikilta haastateltavilta.

Haastattelut tehtiin marraskuun 2011 ja huhtikuun 2012 välisenä aikana. Haastattelijoina oli itseni lisäksi kaksi tutkijaa. Haastattelut aloitettiin palvelujen järjestäjistä eli kunnan viranhaltijoista, ja saatujen vastausten ja kokemusten mukaan niitä muokattiin ensin palveluntuottajille ja sitten asiakkaille sopiviksi yhteisessä työskentely-ympäristössä Google Docsissa. Tässä vaiheessa tutkijaa paljon kokeneempien haastattelijoiden apu ja ohjaus oli merkittävä. Toisaalta saatoinkin itse jakaa heille osaamistani sähköisten työympäristöjen käytöstä ja niiden hyödyntämisestä. Yhteistyömme oli siis molemmin puolin antoisaa.

Laadullisella tutkimusotteella on tarkoitus tunnistaa uusia asioita. Puolistrukturoidun haastattelun avulla halusin saada toimijoiden ja asiakkaiden äänen esiin. Tutkimusmetodina käytin luokittelua, mutta siinä on vaikutteita myös sisällönanalyysistä ja grounded theorystä. Pelkistin haastateltavien lausumia luottamus- ja valta-käsitteiden avaamiseksi muokattujen puolistrukturoitujen teemakysymysten mukaan. Sen jälkeen ryhmittelin niitä eri lailla tuotettujen palvelujen mukaan tarkoituksena saada esiin edellytyksiä erilaisten järjestämistapojen käyttämiseksi. Tein ryhmittelyä myös vastaajien toimijuuden ja asiakkuuden näkökulmasta vanhuspalvelujen järjestämiseen liittyvän hyvän toiminnan ehtojen kuvaamiseksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23–25.)

Osa puolistrukturoidun temahaastattelun kysymyksistä oli joillekin vanhuksista vieraita tai epäoleellisia. Käsitteitä valta ja luottamus ei käytetty suoraan, vaan niitä kuvaavat ja määrittelevät kysymykset laadin terveystaloustieteellisestä näkökulmasta. Kaikkiin kysymyksiin ei vastausta selkeästi tullut, ja moni vanhus olisikin halunnut kertoa elämästään ja mielipiteistään muusta kuin tutkimuksen näkökulmasta. Haastattelijat joutuivatkin monesti johdattelemaan haastateltavan takaisin tutkimusteemaan.

Haastattelijat litteroivat itse tekemänsä haastattelut. Jaoin litteroinnit teemojen mukaan ja kirjoitin jokaisen haastateltavan lausumia keskeisimpien niitä avaavien kysymysten kohdalle. Koodasin haastateltavat ensin kirjaimella (A=asiakas, J= järjestäjä ja T=tuottaja); sitten palvelun tuotantotavalla (OT=oma tuotanto, OP=ostopalvelu, PS=palveluseteli ja TA=toimeksiantosopimus), jonka jälkeen haastateltavan etunimellä (asiakkaille) tai sen ensimmäisellä kirjaimella (järjestäjille ja tuottajille). Pidempää koodeja käytin yhdistellessäni lausumia tuotantotavan mukaan. Tässä artikkelissa käytän selvyiden vuoksi yksikirjaimisia koodeja järjestyslukui-

neen ja lyhyttä kuvausta tuotantotavasta. Artikkeeliin olen liittänyt luot-
tamukseen liittyvät Excel-taulukoista pelkistämäni lausumataulukot, joita
kirjoitan auki ja yhdistelen laajemmiksi kokonaisuuksiksi tekstissä.

4 TULOKSET

4.1 Luottamus vanhuspalvelujen järjestämisessä

4.1.1 Asiakkaiden luottamus vanhuspalveluihin

Luottamukseen liittyvät keskeisimmät haastatteluteemat olivat seuraavat: tieto saatavissa olevista palveluista ja palveluntuottajista, huolenaiheet tulevaisuudessa, valvonta ja valitusmahdollisuus sekä palvelusuhteeseen liittyvät asiat (taulukko 2). Vanhuspalveluista saatava materiaali ja tiedottaminen eli palveluohjaus oli useimmiten epätydyttävästi hoidettu. Tietoa ei saanut muuta kuin itsensä tai omaisen etsimänä ja erikseen pyytämällä. Toisaalta (kaikilla) vanhuksilla ei myöskään ollut tiedon tarvetta, tai se liittyi jokapäiväisen elämän tapahtumiin. Aktiivisesti yhdistyksissä tai kerhoissa toimivat ikäihmiset saivat informaatiota myös erilaisten tapaamisten ja tilaisuuksien kautta. Tietoa toivottiin myös etukäteen, jotta tuleviin tarpeisiin voitaisiin ennakkoon valmistautua. Tietoa toivottiin saatavan sekä hoitajien kautta suullisesti että kirjallisena kotiin jaettuna. Palveluseteliasiakkaiden palveluohjaukseen toivottiin lisää tukea, sillä pelkän nimilistan avulla valinta oli sattumanvaraista, eikä saatu palvelu ollut omien toiveiden, vaan usein arpomisen tulos. Huolimatta siitä, että monen vanhuksen asioista huolehti joku muu, oli tarve ja toive tiedon saatavuudelle ilmeinen.

Tulevaisuuden huolenaiheet olivat yleensä terveyteen ja kotona asumiseen liittyviä eivätkä niinkään taloudellisia. Palvelujen saatavuus ja hoivan jatkuvuus eivät myöskään aiheuttaneet huolta, vaan haastatelluilla vanhuksilla oli luottamus kunnan huolenpitoon ja järjestämisvastuuseen.

Valittaminen ei ollut käytössä oleva tapa hoitaa asioita. Epäusko asioiden etenemiseen tai pelko niiden huononemisesta vaikuttivat siihen, etteivät vanhukset halunneet, uskaltaneet tai nähneet tarpeelliseksi valittaa. He tyytyivät useimmiten saamaansa palveluun. Eräs ikäihminen koki tulleen ylikävellyksi, koska häntä ei ollut kuultu palvelutalopaikkaa vaihdettaessa, eikä hän ollut saanut riittävästi tietoa muuton perusteistakaan. Hänellä ei ollut lähiomaisia, jotka olisivat olleet hänen tukenaan. Kuntaliitosten ja -yhtymien takia yhteys omaan kuntaan ja sen viranhaltijoihin oli muuttunut: päätöksentekijöiden siirryttyä maantieteellisesti kauemmas myös yhteydenpito tai valittaminen tuntuivat vaikeammilta.

Vanhukset kuvasivat palvelusuhdettaan useammin suhteessa työntekijöihin ja henkilöstöön, joihin heillä oli läheinen tai ainakin konkreettinen suhde. Kunta ja sen järjestämisvastuussa olevat viranhaltijat olivat kaukaisia. Heidän päätöksiinsä viitattiin lähinnä palveluntarpeen määrittelystä puhuttaessa.

TAULUKKO 2. Asiakkaiden luottamus vanhuspalveluihin

Asiakkuus	Kunnallinen tuotanto	Ostopalvelu	Palveluseteli	Toimeksiantosopimus
Teema				
Tieto saatavista palveluista ja palveluntuottajista (→valinnan mahdollisuus)	<ul style="list-style-type: none"> - ei kiinnosta - toivoisi uutta tietoa hoitajien kautta - ei anneta, omaiset hakevat tietoa - yksittäinen tiedon tarve (esim. ruoka-ajat) 	<ul style="list-style-type: none"> - hoidetaan, mitä tarvitaan (ei tiedon tarvetta) - ei ole tietoa, mutta haluaisi sitä jonkun kertomana - osaa hakea tarvitsemansa tiedon kysymällä 	<ul style="list-style-type: none"> - annettu valintalista →sattuma johdattaa 	<ul style="list-style-type: none"> - itse saanut vaihtaa tukipalvelujen tuottajan valintaan
Tulevaisuus (huolen-aiheet)	<ul style="list-style-type: none"> - terveyden huononeminen - ei osaa huolehtia mistään - hoitopaikan purkamista väläytely 	<ul style="list-style-type: none"> - oma ja tyttären terveys -normaalia vanhenemisen myötä tulevaa - "järjen" menettämisen (=muistisairauden) pelko 	<ul style="list-style-type: none"> - ei vastauksia 	<ul style="list-style-type: none"> - päivä kerrallaan eteenpäin - ei huolta raha-asioista - valmis kuoleman korjattavaksi

Valittaminen ja valvonta	<ul style="list-style-type: none"> - turha valittaa, hoitajat tietää (paremmin) - läheiset hoitavat sovitusti kaiken - ei ilkeä valittaa - palaute kuntaan oli helpompaa kuin kaupunkiin - valittaa voi kenelle vain hoitajalle 	<ul style="list-style-type: none"> - perushoitajille voi jutella, he vievät asioita eteenpäin - johtajalle voi valittaa - ei ole ketään, kelle valittaa (vaikka omahoitajakin on) 	<ul style="list-style-type: none"> - ei haluta moittia/ arvostella ketään - ei uskalla sanoa negatiivista 	<ul style="list-style-type: none"> - ei hyödytä valittaa - huono valittamaan, kaikki käy - ei ole valittamista. - perhehoitajalle voi sanoa
Palvelusuhde	<ul style="list-style-type: none"> - yhteydenotto vaikeampaa kuin oman kunnan aikaan - liian vähän hoitajia - ei pääse ulos eikä mitään - palvelut ok, parempaa yhteydenpitoa kunnasta - luottaa enemmän kunnalliseen palveluun - vastaava hoitaja tärkein ihminen 	<ul style="list-style-type: none"> - luotettava johtaja - sovitut asiat hoidetaan - epäluottamus syntyi huonosti hoidetusta asiasta 	<ul style="list-style-type: none"> - ei vastauksia 	<ul style="list-style-type: none"> - tyytyväinen saamaansa omaishoivaan - luottaa yhteiskunnan huolenpitoon

4.1.2 Palveluntuottajien luottamus palvelun järjestäjään

Luottamukseen liittyvät keskeisimmät haastatteluteemat olivat kunnan (vanhuspoliittinen) palvelustrategia ja sen merkitys, vanhuspalvelujen nykytila ja tulevaisuus, kansallinen informaatio-ohjaus ja sen merkitys, palvelutuotanto (mukaan lukien valvonta ja seuranta), hyvän ja luottamuksellisen palvelu- tai yhteistyösuhteen kuvaus suhteessa sekä kuntaan että (vanhus)asiakkaisiin ja omaisiin (taulukko 3).

Kunnan palvelustrategia ja sen tunteminen on tärkeää tuottajien mielestä monestakin syystä. Se antaa mahdollisuuden suunnitella ja kehittää toimintaa kunnan tavoitteiden suuntaan. Kunnissa järjestettiin erilaisia tiedotustilaisuuksia ja yritystapaamisia strategioiden, uusien linjauksien ja ohjeiden informoimiseksi. Niissä käytiin myös perusteluita, kansallisia suosituksia ja ohjeita yhdessä läpi. Varsinaiseen strategiatyöhön ei kuitenkaan ole käytännössä otettu kunnan ulkopuolisia toimijoita mukaan.

- - linjauksiin ei voi luottaa, koska ensin kilpailutettiin ja sitten ruvettiin lisäämään omaa tuotantoa. On mahdollisuus ollut (osallistua), mutta ei-hän sillä oo mitään merkitystä. Se on muodollista. (T4, yhdistyksen palvelutalon johtaja)

Palvelustrategia koettiin yrittäjien näkökulmasta monesti melko irralliseksi ja kaukaiseksi asiaperiksi, jonka laatimisessa heitä ei ollut kuultu. Niinpä mielenkiintoa saattoi herättää siinä vain osuus yksityisestä palvelutuotannosta: ostopalveluista, palvelusetelistä tai ulkoistamissuunnitelmista. Eräs palveluseteliyrittäjä epäili kunnan jopa ”panttaavan” asiakkaita tai ainakin ohjaavan yrittäjille vain irrallisia hoivatoimenpiteitä eikä lainkaan kokonaisia hoiva-asiakkuuksia.

- - siinähan tulee itellekin ihan tälleen rebellisesti sanottuna se, että ohjaako enää sen palvelusetelin piiriin edes asiakkaita, että onks siinä meidän yrittäjänä, että yhteistyö siinäkin...kaupunki ottaa säännölliset käynnit itelleen sieltä ja meille saattaa jäädä joku lääkkeitten jako tai suihkutustai joku siivous. (T1, palveluseteli- ja asumisen yrittäjä)

Palveluntuottajat olivat sitä mieltä, että olisi myös kunnalle edullisempaa suosia useita pieniä, paikallisia yrittäjiä esimerkiksi palveluasumisen järjestäjinä kuin yhtä suurta, jopa monikansallista yritystä. Perustelut liittyivät sopimukseen ja siihen liittyvien kustannusten hallintaan ja riskin jakautumiseen.

Kansallista informaatio-ohjausta toivottiin, vaikka pienempien tuottajien resurssit perehtyä ja seurata informaatiotulvaa olivat koetuksella. Suositukset ja ohjeet tuntuivat olevan usein liian ponnottomia ja heikkoja, joten esimerkiksi vanhuspalvelulakia odotettiin tuomaan selkeitä noudatettavia sääntöjä.

Valvonta koettiin palveluntuottajien näkökulmasta pelkästään positiivisena asiana. Siihen liittyi myös omavalvonta ja erilaiset tuottajakohtaiset laatuksikirjat. Sekä aluehallintoviraston että kunnan suorittamaan valvontaan oli myös positiivinen asenne. Sitä ei pidetty yksipuolisena viranomaistehtävänä, vaan se antoi erityisesti uusille yrittäjille neuvontaa ja ohjausta, jopa kumppanuutta palvelutoiminnan alkaessa tai sitä edelleen kehitettäessä. Kuntien suorittama seuranta ja valvonta oli säännöllisempää,

useimmiten vuosittain toistuvaa ja niihin liittyi yleensä myös tiedottamista ja tulevaisuuden suunnitelmista kertomista. Valvonta sisälsi sekä kirjallisia selvityksiä että paikan päällä käyntejä, mihin resurssit olivat tosin hyvin niukat.

Miust se on tosi hyvä, että niitä valvotaan ja täällä käydään aluehallintovirastossa näitten läänistä ja muualta ketkä nyt on ja ne on silleen semmosii vähän niinku yhteistyökumppaneita omalla tavalla, että ohjeistavat ja neuvovat ja opastavat...kun aina se valvonta jotenkin koetaan negatiivisena ja semmosena auktoriteettisena, mut myö aatellaan se toisin päin, että me saadaan sieltä myös sitä neuvoa ja apua ja ohjausta. (T1, palveluseteli- ja asumisen yrittäjä)

Säätiöpohjaisen palvelutalon johtajalla oli kokemusta myös kunnallisena toimijana ja hän näki kunnan suorittamassa valvonnassa eettisiäkin haasteita:

- jos tullaan valvomaan niin oma pesä pitää ensin olla puhas - - aristelee kaupunginkin virkamiehet tulla tekemään jonkun tarkastuksen, koska heijän on vaan myönnettävä se, että kun heillä ei siellä itelläkään se asia vaan onnistu - - Rahallisesti se on säästöä teetättää pikkusen reilummalla väellä se työ (vähentäen ylirasittumisia ja sairauslomia) ja saman minä oon huomannu täälläkin. Siihen pitäs vaan olla rohkeus se kokkeilla eikä aatella, että se raha lasketaan sinä hetkenä. (T2)

Hyvän yhteistyösuhteen lausumat liittyivät osapuolten väliseen avoimuuteen. Sekä kunnan että tuottajan arvot ja toiminta tulisi olla helposti todennettavissa ja näkyvillä. Haasteellisten tilanteiden sattuessa tartutaan niihin mahdollisimman pian ja keskustellaan avoimesti ja riittävän laajapohjaisesti. Ratkaisut löytyvät yhdessä. Samalla tavalla myös asiakkaisiin ja omaisiin nähden yhteistyösuhde paranee vuorovaikutukseen, tiedottamiseen ja kohtaamisiin panostamalla.

TAULUKKO 3. Palveluntuottajien luottamus palvelun järjestäjään

Tuottamis- tapa	Kunnallinen tuotanto	Ostopalvelu	Palveluseteli	Toimeksiantosopimus
Teema				
Palvelu- strategia	- asiakastyö on hienosäätöä	- tieto on, ei mukana suunnittelussa	- vain oma osuus kiinnostaa, ei laajemmin	- kunnan ilmaisema arvostus ja palvelun tärkeys korostuvat
Vanhus- palveluiden nykytila ja tulevaisuus	- yksityistä tuotantoa tullaan lisäämään - henkilöstö- resurssit liian pienet - yksityistä hui- masti lisätty, nyt mennään toiseen suuntaan - laitoshoidon alasajo alkanut, ei riittävästi koulutettua henkilökuntaa	- epätie- toisuus jatkosuunni- telmista	- kunta ja tuottaja tarvitsevat toisiaan	- ei huoleta
Informaatio- ohjaus	- lisää kansal- lista ohjausta kotihoitoon - liian vähän lakeja vanhus- ten hoidossa - laki takaamaan van- huksille mah- dollisimman tasapuolinen ja hyvä hoito	- positiivinen suhtau- tuminen ohjeisiin	- laki tarpeel- linen, pelkät suositukset eivät riitä	- tietoa kunnalta ja (omaishoitajien) liitolta - itse kaikki etsittävä - oma eettinen ja moraalinen näkemys ohjaa eniten
Palvelutuo- tinto (mu- kaan lukien seuranta ja valvonta)	- liian lyhyet kotikäynnit, eivät takaa ko- konaisvaltaista apua	- vahvuutena sitoutunut henkilö- kunta - positiivinen suhtau- tuminen valvontaan, yhteistyö- kumppa- nuus	- kunnan taloudellinen tilanne saat- taa muuttaa palvelulupa- uksia - positiivinen suhtau- tuminen valvontaan ja ohjeisiin - kunta valvoo säännöllis- esti - omavalvonta	- työkokemus ja koulu- tus lisäävät luotta- musta - toiminnan läpinäky- vyys, kotikäynnit ja tuttuus tärkeitä yhteis- työn sujumiseksi
Palvelu-/ yhteis- työsuhte	- kunnallinen tuotanto etusijalla	- palaut- teenanto sujuvaa - pitkä yhteis- työhistoria ja luotta- muksellinen suhde	- yhteydenpito asiakkaisiin säännöllistä - kunta valikoi liikaa asiak- kaitaan	- puolensa on pidettävä

4.1.3 Palvelun järjestäjien luottamus tuottajiin, asiakkaisiin ja eri tuotantotapoihin

Luottamukseen liittyvät keskeisimmät haastatteluteemat olivat kunnan (vanhuspoliittinen) palvelustrategia ja sen merkitys palvelujen kehittämisessä, kunnan vanhuspalvelujen nykytila ja tulevaisuus (mm. palvelurakenne ja resurssit), kansallinen informaatio-ohjaus ja sen merkitys, suhde palvelutuotantoon (mukaan lukien seuranta ja valvonta), hyvän ja luottamuksellisen palvelu- tai yhteistyösuhteen kuvaus suhteessa sekä palveluntuottajiin että asiakkaisiin eri lailla järjestetyissä palveluissa (taulukko 4).

Viranomaisia ja viranhaltijoita pidetään usein julkisuutta karttavina ja ”näkyvimpinä” toimijoina. Luottamuksen lisäämisen, läpinäkyvyyden ja vanhuspalveluista tiedottamisen merkitystä pohti eräs kotihoidon järjestäjä:

Muutetaan niitä (tiedotustilaisuuksia) enemmän sellaiseksi systemaattiseksi ja samalla tavalla kun noissa hyvinvointia edistävissä kotikäynneissä ja sellaisissa ryhmätapahtumissa. Se on sellainen tiedottava informaatio ja toivon että niihin mä pystyisin osallistumaan että olisi kuitenkin näkyvillä ja kuultavissa.

Yritysten taloudellinen vakavaraisuus ja toiminnan laajuus aiheuttivat epäluottamusta ja -varmuutta palvelun järjestäjälle. Erityisesti pienten ja yksinyrittäjien järjestelyt poikkeustilanteissa (esim. sairauden takia) eivät olleet aina toimivia, mikä aiheutti tilanteen siirtymisen kunnalle järjestettäväksi.

- - kun se sairastuu se yrittäjä, niin sillä ei oo ketään, joka tekisi ne työt ja ne tulevat yks kaks meidän tiliin - - Sitten siellä pitäisi olla yrittäjillä tällainen tuurausrinki. Niihin sopimuksiinhan kuitenkin pitäisi kirjata se, että se yrittäjä hankkii sen sijaisen.” (kotihoidon esimies)

Uutta vanhuspalvelulakia odotettiin kovasti ja sen merkitys toiminnan yhdenmukaistajana ja palvelujen järjestäjän ”selkärankana” tunnistettiin. Myös kotihoidon henkilöstömitoitus oli melkein kaikkien järjestäjien kauan odottama. Taloudelliset kysymykset (asiakasmaksut ja etuudet) vanhusasiakkaiden ja omaisten kanssa nousevat usein keskustelua herättäväksi.

Palveluasumisen asiakasmaksuissa kunnilla on erilaisia käytäntöjä, ja siihen toivottiinkin pikaisesti omaa lakipykälää. Palvelun järjestäjät olivat joutuneet useinkin keskustelemaan raha-asioista yleisesti ja asiakasmaksuista erityisesti, mutta enemmän omaisten kuin vanhusten itsensä kanssa. Vanhukset kritisoivat asiakasmaksuja omaisia vähemmän.

Palvelusetelin käyttöönottoa on ollut useilla paikkakunnilla koordinoimassa ulkoinen taho hankkeen tai yrityksen muodossa. Se on todettu hyväksi tavaksi edistää palvelutuotannon kehittymistä erityisesti pienillä paikkakunnilla. Toisaalta pelkästään toiminnan koordinoiminen ei riittä, jos yrittäjiä ei paikkakunnalla ole, ja jos välimatkat ovat pitkät, niin tilanne on hyvin haasteellinen.

Palvelusuhteen usein yksisuuntaisesta laadusta kertoo kotihoidon viranhaltijan lausuma:

Minusta se hyvä suhde on silloin, kun palvelun tarjoaja tietää itse asiassa kotihoidon näkökulmasta aika tarkkaan tämän (kotihoidon) raportin - - kun palvelun tuottaja hyväksyy tämän dokumentin sen mukaisesti kun meidän sopimus on - - No huono on sellainen, että ei toteuta näitä ja sitten arvostele kuntatoimijaa ja on eri mieltä mitä kunnan tulee järjestää ja millä tavalla, eli tulee läpi se hänen oma arvomaailma. Kun taas meidän tulisi toimia eri yhteistyötahojen kanssa tasavertaisina. Ja jos on jotain epäselvää, niin toivottais, että ottaa yhteyttä meihin, eikä niin että asiakkuuksia arvostellaan.

Hyvään palvelusuhteeseen kuuluu avoin tiedon välittäminen, kumppanuus ja tasavertaisuus oman tuotannon ja muiden tuottajien kesken. Eräässä kunnassa tunnustettiin eri toimijoiden erilaiset tavoitteet, mutta rakennettiin silti palvelukokonaisuutta ”kaikki voittaa” -periaatteella. Sekä nykyiset paikalliset ostopalvelutuottajat että edustajia isoista valtakunnallisista alan toimijoista oli kutsuttu paikalle. Myös palvelujen rajapinnoilla olevat hyvinvointitoimijat oli huomioitu tiedotustilaisuutta järjestettäessä. Aikaisemman toimintamallin, jossa kunta omisti tuotantotilat, järjesti ja tuotti hoivan sekä muut tukipalvelut, todettiin olevan vanhentunut. Niin ikään todettiin, että tulee astua kohti uutta kumppanuutta ja avointa yhteistyötä erilaisten toimialojen ja toimijoiden kanssa. Kunta halusi lähestyä eri osapuolia avoimin kortein esitellen lähivuosien suunnitelmiaan, ja se

halusi jakaa tiedon kaikille yhtä aikaa samassa tilaisuudessa.

TAULUKKO 4. Palvelun järjestäjien luottamus tuottajiin, asiakkaisiin ja eri tuotantotapoihin

	Kunnallinen tuotanto	Ostopalvelu	Palveluseteli	Toimeksianto-sopimus
Vanhuspalveluiden nykytila ja tulevaisuus	<ul style="list-style-type: none"> - päättäjien tieto ja sitoutuminen joskus riittämätöntä - palvelujen suhde 40/60 (ot/op), nyt 32/68 - tavoite: korkeintaan kolmannes yksityistä tuotantoa / toinen: 50–50 - niukat resurssit, lisää omaishoitajia - riittääkö ammattitaitoinen henkilökunta? - laitoshoito purettu, jatkuuko kehittämistyö? - oman tehostetun palveluasumisen vähyyks huolestuttaa - tavoitteena kokonaisvaltaiset ps-asiakkuudet - huomio jatkossa omaishoitajien jaksamiseen (kuntoutuskursseja) 			
Informaatio-ohjaus	<ul style="list-style-type: none"> - tiedon jakamista kolmannen sektorin tilaisuuksissa - vahvat perustelut linjauksille ja päätöksille - odotetaan kotihoidon henkilöstömitoituksia ja asiakasmaksu-ohjeistusta - mieluummin ohjausta ja suosituksia kuin tiukasti määritellyjä lakeja 			
Palvelutuotanto (mukaan lukien seuranta ja valvonta)	<ul style="list-style-type: none"> - omaa tuotantoa lisättävä - sijaisia ei löydy riittävästi - valvotaan sekä yksityisiä että omaa tuotantoa - yksityinen tuotanto arvaamatonta taloudellisesti - valvonta on liian niukasti resursoitu, sähköinen ps-järjestelmä myös valvoo - avoimuus ja rehellisyys tärkeää - palvelusetelimalli = byrokraattinen ratkaisu - merkittävää kehittää palvelusetelin käyttöä myös tehostettuun palveluasumiseen 			
Palvelu-/yhteistyösuhde	<ul style="list-style-type: none"> - asiakaspalautteet avaavat silmiä - samanarvoisuus palveluissa tärkeää - pidetään yhteistyöpalavereita ja vuorovaikutusta matalalla kynnyksellä - rehellisyys ongelmatilanteissa - välitön suhde - omaisten ja asiakkaan näkökulman huomioiminen 			

4.2 Valta vanhuspalvelujen järjestämisessä

4.2.1 Asiakkaiden valta ja vaikuttamismahdollisuudet vanhuspalveluissa

Valtaan liittyvät keskeisimmät haastatteluteemat olivat jokapäiväisen elämän hallinta ja merkityksellisyys (omanarvontunto ja saadun avun tai kohdellun vaikutus siihen sekä oman ajan hallinta: voiko tehdä asioita tai antaa jonkun muun tehdä asioita puolesta niin kuin itse halua ja silloin kuin itse haluaa), vaikutusmahdollisuudet palvelujen saantiin (kuntaan tai palveluntuottajaan) ja toimeentulo-ongelmat, suhde omahoitajaan tai hoitopaikkaan ja omaisiin (asioihin puuttuminen tai yhdessä päättäminen).

Ikäihmisten lausumat liittyen oman jokapäiväisen elämän hallintaan ja merkityksellisyyteen eivät poikenneet toisistaan palvelujen tuotantotavasta riippuen. Ne kertoivat vapauden tunteesta, mutta myös yksinäisyydestä ja merkityksettömyydestä. Ainoastaan yksi omaishoidettava mies kertoi antaneensa avoimen valtakirjan vaimolleen, joka hoiti sairaudesta johtuen kaikki hänen asiansa. Silti hän kuvasi elämänhallintaansa tyydyttäväksi, koska sai asua omassa kodissaan.

Vanhusten vaikutusmahdollisuudet eivät olleet heidän omien kertomustensa mukaan kovinkaan hyvät, mutta vastaajien mukaan ostopalveluja käyttävillä ehkä hieman paremmat. Eräs vastaajista oli kovin tyytyväinen saatuaan vaikuttaa palvelutalon valintaan, vaikka joutui sen takia jonottamaan paikkaa jonkin aikaa. Myös itse aktiivisesti palvelutalopaikan anominen voi tuoda helpotusta elämään: mikäli ei pääse kotoaan ulos liikkumaan ja joutuu viettämään kaiken aikansa yksin neljän seinän sisällä, tuntuu palvelutaloon pääseminen vapauttavalta.

Kunnan palveluissa paistaa kiire, henkilöstön vaihtuvuus on suurta, eikä omahoitajuus välttämättä toimi, mutta silti ymmärrystä riittää heillekin. Kriittisyys ja negatiivinen puhe omasta hoitopaikasta tai saaduista palveluista ei tullut esiin vanhusten haastatteluissa. Ehkä sukupolvien välinen kulttuuriero näkyi tässä pidättyväisyytenä ja varovaisuutena.

4.2.2 Valta palveluntuottajien näkökulmasta

Valtaan liittyvät keskeisimmät haastatteluteemat olivat palvelujen hankinta (kilpailutus), vaikutusmahdollisuudet, palvelusopimus (peilaus kuntaan, asiakkaisiin ja omaisiin, onnistumisia ja haasteita)

Kilpailuttamiseen liittyvät menettelytavat ja käytännöt sekä asiakirjojen muotoilu vaikuttavat siihen, kuinka pienet yritykset ja muut toimijat pystyvät osallistumaan kilpailutukseen. Tuottajat totesivat yksimielisesti isomilla olevan paremmat edellytykset pärjätä kuin pienemmillä.

Yrittäjän riskiä pidettiin suurena erityisesti puitesopimuksia tehtäessä, sillä tuottajan kanssa ei silloin sovita mitään palvelumäärää, vaan tilauskanta on epävarma ja vaihteleva. Esimerkiksi palvelusetelyrittäjät eivät uskalla hyvänkään kauden aikana palkata lisää työntekijöitä, sillä asiakaskohtaisten sopimuksien pituudet ovat riippuvaisia heidän kunnostaan. Toisaalta uusia asiakkaita saatetaan antaa hyvinkin lyhyellä varoitusaajalla.

No, on ilman muuta, että tää on ihan semmosta hyvin lyhytjänteistä on yhteistyö, että ei voi mitenkään ennustaa jatkoa ikinä, eikä oo semmosta pitemmällä tähtäimellä, että asiakas tulee ja menee, ja - - muutosta siihen, että pystyy työmääriä arvioimaan ja sopimuksia muutenkin kuin asiakas-kohtaisesti tekemään. (T1, palveluseteli- ja asumisen yrittäjä)

Palveluntuottajan mielestä asiakkaan paras ei aina toteudu, vaan kunnan virkamies käyttää valtaansa hoivapaikan valinnassa.

Kyl se tällä hetkellähän se on sitä, et kaupunki ohjaa ja sitten kun on ohjattu yhteen paikkaan ni sieltä on aika hankala päästä niin sanotusti pois, et jos omaiset on esimerkiks yrittäny saada vähän lähemmäks - - ja meil on saattanu olla jopa paikka - - ei oo nyt tässä mitään hoidollista tai muuta syytä vaihtaa. (T1, palveluseteli- ja asumisen yrittäjä)

Tulevaisuudessa ikäihmisten nähdään toimivan yhä aktiivisempina toimijoina ja omien asioidensa hallitsijoina:

Kyllä nään tän palvelusetelityyppisen toiminnan näkisin yhtenä semmonsena tekijänä, että ihmiset voi itse hakea sitten sen asumismallinsa tai sen palvelumallinsa. Ja uskon, että tulevaisuudessa vanhuksilla on siihen itsellään valmiuksia ja taitoa - - pois sieltä virkamiehiltä se valinta. Et enemmän ollaan ohjaamassa ja neuvomassa ja opastamassa, mutta sen valinnan tekee itse sitten. Enemmän valinnanvapautta. (säätiöpohjaisen palvelutalon johtaja)

4.2.3 Valta palvelun järjestäjän näkökulmasta

Valtaan liittyvät keskeisimmät haastatteluteemat olivat palvelujen hankinta (mukaan lukien kilpailutus), vaikutusmahdollisuudet, palautteet, valintaprosessi ja palvelusopimus (onnistumisia ja haasteita).

Palvelun järjestäjä voi vahvistaa asiakkaan valtaa (osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia) monella tapaa:

- - Minusta se kuuleminen on äärimmäisen tärkeää - - se on oikeassa omista tuntemuksistaan ja omista ajatuksistaan. Niitä myö ei voi tietää, et-

tä mitä hän ajattelee jos hänen ei anneta puhua - - Ja myös se yksilön itsensä vastuun lisääminen, ei pelkästään, että valitsee sen palvelutuottajan, vaan että miten itse vaikuttamalla omaan elämään, ikääntymiseen, voi sitten vaikuttaa siihen hyvinvointiin ja arjessa selviytymiseen. Ja myös niin kuin läheisten ja omaisten lisäämistä tähän yhteistyöhön. (J5, kotihoidon järjestäjä)

Kunnan edustajat toivoivat yksityisiltä palveluntuottajilta suurempaa aktiivisuutta:

Sellaista aktiivista yhteydenpitoa odottaisi enemmän - - raportoidakseen ja kertoakseen, että jos on vaikka tehty uuden yrittäjän kanssa sopimus, niin jonkun määräajan kuluttua yhteydenotto esim. sähköpostilla tai tulla käymään ja kertomaan että miten se yhteistyö on lähtenyt menemään ja onko tullut jotain - - (Johtaja 2)

Kunnan toimintaa valvova aluehallintovirasto (AVI) nähtiin useimmiten positiivisena yhteistyökumppanina ja työn tukijana, mutta sen rooliin kuuluu joskus myös ”ohjata vahvalla kädellä”:

Aluehallintovirasto edellyttää, että meillä puretaan laitoshoidon aika rankasti. (J6, laitoshoidon järjestäjä)

Kumppanuus kolmannen sektorin toimijoiden kanssa oli selvästi monen palvelun järjestäjän mielessä. Oman toiminnan niukat resurssit eivät riitä yksinäisyyden ja sosiaalisten suhteiden paikkaamiseen:

Tulevaisuudessa me tarvitsemme niitä kolmansiä toimijoita - - myös meillä täällä pienillä paikkakunnilla. Meillä on aktiivista toimintaa, mutta että se linkittyisi vielä tiedostetummin ja jotenkin linkittyisi vielä tähän kuntatoimijoiden toimintaan - - se on se tulevaisuuden apu. Ja että sieltä löytyisi apu siihen ihmisten kokemaan yksinäisyyteen ja siihen, että ei ole sitä sosiaalisuutta. Että siihen on kunnan vaikea niin kuin vastata, että koetaan yksinäisyyttä. Meidän resurssit eivät riitä siihen, että me olisimme ihmisille niin läsnä. (J4, kotihoidon järjestäjä)

5 YHTEENVETO

5.1 Hyvän toiminnan ehdot vanhuspalvelujen järjestämisessä

Asiakkaan tiedonsaantioikeus on perustuslaillinen oikeus. Kunnissa vallitsee erilaisia tapoja hoitaa tiedottaminen, mutta palveluohjaus tulisi ehdottomasti olla selkeästi määritelty: kuka sitä antaa tai ketkä sitä antavat sekä miten ja missä tilanteissa. Tieto siitä, mikä on asiakkaan asema ja rooli palvelujärjestelmässä toisi turvaa ja luottamusta jo ennen avuntarpeen syntymistä. Tärkeää on myös se, että palvelut kohtaavat asiakkaan oikea-aikaisesti sekä niin, että asiakkaalla on tunne omasta merkityksellisyydestään ja siitä, että häntä kuullaan.

Ikäihmisen heikkoja, varhaista avuntarvetta viestiviä signaaleja tulisi osata kuunnella. Tällaisia ensimmäisiä merkkejä iäkkään ihmisen itse kokemasta voimien heikkenemisestä ja avuntarpeen lisääntymisestä ovat tarve apuun raskaissa kotitöissä (kuten siivousapu) ja laajemminkin kotona asumisen arkea tukevien palveluiden tarve. Aiempi tutkimus on osoittanut, että ikäihmiset arvioivat toimintakykynsä ja lisääntyvän avun ja tuen tarpeen hyvin samansuuntaisesti kuin mitä ammattilaiset tekevät (esim. Mäkelä, Karisto, Valve & Fogelholm 2008). (Vilkko, Finne-Soveri & Heinola 2010, 45.)

Vanhusasiakkaiden tietämättömyys omasta lakisääteisestä hoito- ja palvelusuunnitelmasta tai sen sisällöstä herätti ajatuksia. Haastateltavat oli valikoitu niin, että heidän kognitionsa riitti osallistumaan tutkimukseen eikä siis muistisairautta voida epäillä taustavaikuttajaksi. Johtuiko tilanne

siitä, ettei virallista suunnitelmaa ole haluttu liikaa korostaa palveluista sovittaessa eikä niitä päivitettäväkään?

Vuorovaikutteista palvelusuhdetta järjestäjän ja tuottajan välillä toivottiin molemmiin puolin, mutta nykykäytäntöjen mukaisesti laaditut palvelustrategiat ja kuntien yksipuolisesti määrittelemät kriteerit eivät ainakaan sitä edistä.

Kuntien hyvien käytäntöjen jakaminen ja monistaminen liittyy monesti hanketoimintaan, mutta niiden juurruttaminen on vaikeaa, mikäli se alkaa vasta hankkeen päätyttyä. Erään kunnan kotihoidon järjestäjällä oli kokonaisvaltainen tavoite, eli hän pyrki ratkaisuihinsa asiakkaan näkökulmasta järkevien kokonaisuuksien suunnitteluun. Eräällä toisella paikkakunnalla oli suunnitteilla kokonaisen alueen ”luovuttaminen” yksityisille kotihoidon osalta.

Me myös saatat se oma vakituinen henkilöstö riittämään että se ei tarvita kovinkaan paljoa niitä ulkopuolisia sijaisia ja lyhytaikaisia sijaisia ja sitten niillä palveluseteliyrittäjillä olis niin sellaiset kokonaisvaltaiset asiakkuudet et ei vain jotain pirstalletta johonkin osioon vaan vastaisivat kokonaisuudesta. (J4, kotihoidon järjestäjä)

-- kotihoidon alue -- annetaan yrittäjille kokonaan hoitoon se asiakkuus. Et siellä voi olla vaikka joku asiakas, jonka luona käyvään kolme kertaa päivässä. Kaupunki ei käy ollenkaan, vaan antaa niille yrittäjille sen, et tehään yhteiset pelisäännöt ja nuo hopsit ja kolmen kuukauden välein käyvään niitä yhdessä kaupungin kanssa läpi. (T11, ps-yrittäjä)

Eräs tapa palvelustrategiaan sitoutumiseksi ja löytymiseksi yhteiseksi suuntaviitaksi voisi olla erään palveluseteliyrittäjän ehdotus yhteisten kriteerien ja ohjeistusten tekemisestä. Niillä hän selvästi toivoi enemmän yhteistyötä ja kumppanuutta sekä osallistumista yhteisten asiakkaiden parhaaksi. Tämänhetkinen tapa, jolla kunta yksin määrittelee palvelujen kriteerit, joita muiden palveluntuottajien tulee noudattaa, kuulostaa helposti sanelupolitiikalta.

Ja muutenki sit tuo laatu ja laadunhallintajärjestelmä toimintakäsikirja-ajatus -- joka ikinen yksikkö tekee ite itelleen oman -- kaipais -- valtakunnallista ohjeistusta mikä ois laadittu yhdessä kaikkien sektorin palveluntuottajien kanssa eikä vaan niin, että kunta esittää, että nyt on nä-

mä ne kriteerit, - - vähän se karahti korvaan - - tehdään palveluasumisen laatukriteerit eli kunta tekee sitten me yrittäjät - - tuotetaan samaa palveluu meillä voi olla jopa korkeemmat, kriteerit - - mutta yhdessä se pitäis tehdä. (T1, palveluseteli- ja asumisen yrittäjä)

5.2 Edellytyksiä erilaisten järjestämistapojen käyttämiseksi

Arvioin lopuksi edellytyksiä erilaisten järjestämistapojen käyttämiseksi tutkimustulosten perusteella suhteessa asiakkaisiin, kuntaan palvelujen järjestäjänä ja palveluntuottajiin. Riippumatta siitä, mitä palvelua vanhusasiakas käytti, oli kunnan vanhuspalveluista saatavan tiedon tarve ensisijainen. Tiedon välittämisen keinot ovat monet, eikä kirjallisen tai suullisen tiedon välittämisen merkitys suinkaan ole vähäinen. Suurin osa haastatelluista vanhusasiakkaista oli perinteisen tiedonvälityksen varassa ja sähköinen tiedonvälitys oli lähinnä heidän lastensa käyttämää. Henkilökohtainen palveluohjaus, hoivapalveluja tuottavan henkilökunnan viestit sekä tiedotustilaisuudet ja erilaiset kerhot nousivat merkittäviksi tekijöiksi tiedonvälittäjinä. Myös omaishoidettava, riippumatta kunnostaan, haluaa kokea elämänhallintaa, tulla huomioituksi ja toivoo, ettei hänen ”yli” puhuttaisi. Avoimen tiedon, luottamuksen ja vuorovaikutuksen merkityksellisyys ei katoa, vaikka ikäihminen olisikin tietoisesti tai tiedostamattaan luovuttanut vallan omista palveluistaan lähiomaiselleen tai kunnan edustajalle.

Palvelun järjestäjän tulee jo lakisääteisestikin välittää tietoa aktiivisesti. Pelkkä tilannesidonnainen tieto ei riitä, vaan palveluohjauksen tulisi kohdistua myös ennakoivasti tulevaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, 1.3 §). Muussa tapauksessa palvelujärjestelmä ei välttämättä ehdi reagoimaan muuttuneeseen tilanteeseen riittävän nopeasti eikä ottamaan huomioon yksilöllisiä tarpeita joustavasti. (Vilkko ym. 2010, 44.)

Erilaisia järjestämistapoja käytettäessä on huomioitava taloudellisen näkökulman lisäksi myös loppukäyttäjän eli asiakkaan saama hyöty. Monitoimijainen palveluntuottajien joukko saattaa tuottaa paljon hyviä palveluita, mutta mistä asiakas ei hyödykään niiden pirstaleisuuden ja hallitsemattomuuden takia.

Et jos asiakasta hoitaa kaupunki vaikka viitenä päivänä viikossa. Käy joka ikinen päivä. Niin sitten yhtenä päivänä saattaa olla joku kaupunki antaa palveluseteleitä kylvetystä varten. Niin minusta siinä ei kyllä oikeastaan kukaan hyödy mitään. Myö ei opita tuntemaan sitä asiakasta olenkaan. (T1, ps-yrittäjä)

Julkinen palvelujen järjestäjä, hankkiessaan palveluja yksityissektorilta, sitoo palvelukriteerit omiinsa. Vetoaminen resurssien niukkuuteen, sopeuttamiseen ja tuottavuusohjelmiin ei pitäisi koskea henkilöstömitoituksia tai muita laatukriteereitä, jotka on sovittu myös ostopalvelusopimuksia sitoviksi. Muussa tapauksessa voidaan päätyä tilanteeseen, johon eräs palveluntuottaja haastattelussaan vihjasi, eli kunnan toiminta ei siltä osin kestä päivänvaloa, joten muiden valvontakin on ”ohuempaa”. Palvelujen valvontaa ja ohjausta tulisi kehittää edelleen yhdessä aluehallintoviraston kanssa niin, että se olisi saumaton osa palvelukokonaisuutta kattaen kaikki ketjun osa-alueet. Palvelutuo-
tantomitoitustarpeiden tulisi kestää samana koko valtuustokauden, jotta yhteistyökumppaneiden luottamus ja toimintamahdollisuudet säilyisivät paremmin.

Ostopalveluina erilaisilla sopimuksilla hankittuja palveluita voidaan koordinoita järjestäjän eli kunnan taholta monella tapaa. Mitä avoimempaa ja läpinäkyvämpää vuorovaikutus ja tiedottaminen ovat, sitä helpompaa on rakentaa ja ylläpitää luottamusta. Myös erilaiset kuulemistilaisuudet ja yhteiset linjapalaverit voivat toimia ennakoiden tulevia kilpailutuskierroksia. Kilpailutusosaaminen ja sen hankkiminen vaativat paneutumista ja erikoistumista asiaan. Ulkopuolisten asiantuntijoiden käyttäminen voi olla perusteltua ainakin jossain vaiheessa prosessia. Omavalvonta- ja laatujohtajajärjestelmäkäsikirjat lisäävät toiminnan seurannan sujuvuutta ja lisäävät luottamusta sekä asiakkaan että järjestäjän näkökulmasta.

Palvelusetelimallissa erityisen haasteellista on palveluntuottajien järjestelmällinen ja hallittu koordinoiminen. Erityisesti pienissä kunnissa, joissa viranhaltijoita on vähän, saattaa yrittäjien rekrytointi, ohjaus ja valvonta olla omana toimintana mahdotonta. Kuntien yhteiset tai yksityiset kehittämisyritykset ovat yksi vaihtoehto, jossa palveluntuottajat saavat samalla markkinointikanavan ja näkyvyyttä laajemmalle alueelle. Valvonta toimii tässä järjestelmässä osin myös aktiivisten käyttäjien varassa, joilta saadun palautteen avulla huonoksi arvioitu yritys poistetaan listoilta määrätyn ajaksi. Tiedonkulku tuottajan, järjestäjän ja asiakkaan välillä on kriittinen osa

toiminnan onnistumisessa. Toisaalla palvelustrategia ja toisaalla asiakkaan palveluohjaus ovat tekijöitä, jotka tulee suunnitella tarkasti optimaalisen toiminnan takaamiseksi.

Teemahaastattelussa haastateltuja omaishoitajia ja perhehoitajaa yhdistää **toimeksiantosopimus**. Kotona suoritettava hoiva ei ole ammatillista mutta erittäin vaativaa. Myös se kuuluu seurannan ja valvonnan piiriin. Resursseja valvonnan hoitamiseen on niukasti, vaikka omaishoitoon liittyvien vanhus- ja muiden palveluiden oikea-aikaisella järjestämisellä voisi olla merkitystä kotona asumisen mahdollistajana pidempäänkin. Omaishoitajat kokevat usein olevansa hyvin yksin suhteessa kuntaan. He pärjäävät omien lastensa tai läheistensä avulla, jotka etsivät tietoa ja pitävät omaishoitoperheen ”puolia”. Myös omaishoitotilanteissa nousi ilmeinen tarve kunnan suoraan ja säännölliseen yhteydenpitoon luottamuksen vahvistamiseksi: informaatiota tarvitaan kotona asumista tukevista palveluista sekä muista tuista ja toivotaan enemmän toimenpiteitä omaishoitajan jaksamisen tukemiseksi. Kunnissa toivottiin omaishoitajien määrän lisääntyvän, mutta nykyisillä ehdoilla esimerkiksi työn ja omaishoitajuuden yhdistäminen on vaikeaa, eikä pelkkä omaishoidon palkkio riitä palkkatyöstä poisjäävän elämiseen. Mielenkiintoa ja asenteellisia valmiuksia siihen on, mutta etenkin ikääntyneet arvioivat, ettei käytännön mahdollisuuksia hoivavastuun ottamiseen juuri ole (Haapola & Karisto & Konttinen 2006, 38).

5.3 Luottamus ja valta palveluntuottajavalinnoissa ja -päätöksissä

Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaiseman aikuisikäisille tehdyn kansalaiskyselyn mukaan tuottajalla ei ole niin väliä, vaan palvelujen riittävyys ja laatu ovat ensisijaisia (Fredriksson & Martikainen 2008). Tätä noudatti myös erään haastatellun palvelun järjestäjän referoimat oman kunnan asiakaskyselyn tulokset, missä vanhuksien mielestä palveluntuottajan yritysmuodolla ei ollut väliä. Palveluohjauksen merkitys on suuri erityisesti palvelusetelimallissa, jossa asiakas valitsee palveluntuottajan itse.

- Asiakkaat koki, että palvelu oli ihan yhtä hyvää ja luotettavaa, teki sen kunnan omat työntekijät tai palvelusetelin tuottajat - - meidän palvelusetelitä myöntävät henkilöt on niin lähellä siinä arjessa, kun he lähtee mark-

kinoimaan palveluseteliä tai ne kertoo kunnan omasta palvelusta niin ne on niin lähellä siinä tukena, että meidän asiakaskunta kokee sen varmasti luotettavaksi lisää luotettavuutta vaikka asiakas valitsee sen tuottajan. Ja toimeksiantosopimuksessa ihan sama. (J8, palvelusetelitoiminnan kehittäjä)

Omassa tutkimuksessani moni ikäihminen suhtautui epäluuloisesti yksityisiin palveluntuottajiin ja halusivat mieluummin olla kunnan tuottamien palvelujen piirissä

Osahan asiakkaista niillä on semmoinen vielä semmoinen käsitys että kun on kaupungin niin se tuntuu turvalliselle. (T11, ps-yrittäjä).

Toisaalta moni vanhus oli siirtänyt vastuun tuottajan valinnasta lähio- maisilleen tai kunnan viranhaltijalle. Heille riitti se, että ”saa hoitoa”.

Strategiaan kirjattu linjaus oman tuotannon lisäksi hankittavien palvelujen käyttötavoista ja niiden asemasta palveluissa selventää palvelusuunnitelmaa kuntalaisille ja tuottajakin saavat tiedon kunnan tahtotilasta. Sen tarkoituksena on myös selventää, pidetäänkö muualta hankittavia palveluita lisäpalveluina oman tuotannon lisäksi (ns. komplementti) vai ovatko ne vaihtoehtoisia tapoja tuottaa palveluita (ns. supplementti). Ensimmäisessä tapauksessa palvelusetelillä hankittu tukipalvelu voisi olla sellainen ja toisessa asiakkaan säännöllisen kotihoidon tarve voitaisiin kokonaisuudessaan toteuttaa palvelusetelin avulla. Palveluntuottajien joustava käyttö ennakkoimattomissa tilanteissa ja tuotannon ruuhkahuipuissa lisäisi järjestäjän palveluohjausjärjestelmän haasteita, mutta voisi onnistuessaan tuoda myös uudenlaista yhteistyötä ja kumppanuutta.

5.4 Luottamus ja valta palveluntuottajan ja asiakkaan välisessä suhteessa

Valvonta tai seuranta tuli esiin vanhusten haastatteluissa lähinnä omaan arjen elämään ja toimintaan liittyen. He tunnistivat herkästi henkilöstön epäluuloisuuden tai liialliselta tuntuvat seurannan ja kontrolloinnin, mikä tunteena aiheutti närkästystä ja mielipahaa. Henkilöstön apu ja hoivan sisältö koettiin joskus mekaanisena ja pakkotahtisena työnä, joka ei tuonut asiakkaan arkeen merkitystä tai arvokkuuden tunnetta. Silti siitä avoimesti

puhuminen tai palautteen antaminen koettiin hankalana, minkä vuoksi se mieluummin pidettiin omana ajatuksena.

Omaisten huomioiminen, tiedottaminen ja hoitoneuvotteluihin mukaan ottaminen lisää luottamusta. Säätiöpohjaisen palvelutalon johtajan lausuma tiivistää hyvin muidenkin tuottajien näkemyksiä.

Vanhukset ovat hyvin tyytyväisiä ja he ovat keskenäänkin hyvin solidaarisia ja näkkevät sen ja ymmärtävät esim. sen, että jollakin saattaa olla kiireellisempi tarve kuin toisella, mutta omaisia on kyllä välillä, jotka eivät ymmärrä kaikkia asioita tai niin kun eivät huomioi muuta kuin sen oman omaisensa ja sen tarpeet. (T2)

Luottamus hyvässä palvelusuhteessa perustuu aktiiviseen vuorovaikutukseen. Omahaajan aktiivinen yhteydenpito vanhuksen omaiseen, yhdessä laaditut hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä niiden seuranta ja arviointi luovat siihen pohjan. Kaukana olevien omaisten kanssa tulee helpommin epä tietoisuutta.

Mitä enemmän sitä yhteistyötä tekee, niin sitä paremmin se sujuu, mutta mitä kauempana omainen on ja mitä vähemmän sellaista face to face yhteydenpitoa on, niin sitä haasteellisempaa se yhteistyö on. (Johtaja 2)

6 POHDINTAA

Taloustieteen markkina-käsitettä voidaan soveltaa myös sosiaalipalveluihin. On otettava kuitenkin huomioon, etteivät kilpailullisten markkinoiden lainalaisuudet useinkaan toimi sosiaalipalveluissa. Markkinoiden hallinta ja osaaminen vaativat osaamista, joka useimmiten kannattaa hankkia yhteistyössä toimialan ulkopuolelta. Parhaimmassa tapauksessa saadaan kuntalaisten käyttöön laaja vaihtoehtoisten palvelujen verkko, jossa erilaiset tuotantotavat ja tuottajat toimivat asiakkaan parhaaksi. Erilaiset hankinta- ja kilpailutustavat sekä avoin yhteistyö paikallisten palveluntuottajien kanssa kehittävät palveluita ja molemminpuolista luottamusta. Käytännössä kuitenkin esimerkiksi kilpailuttamista edeltäviä esiselvityksiä, tietopyyntöjä tai tiedotustilaisuuksia melko harvoin käytetään. Niiden avulla kunta voisi jo etukäteen valmistella tulevaa kilpailutusta avoimesti ja läpinäkyvästi palveluntuottajien kanssa.

Luottamus koetaan tärkeänä yksityisten palveluntuottajien näkökulmasta sekä suhteessa kuntaan että asiakkaisiin. Siihen kuuluu oleellisena osana myös läpinäkyvään ja avoimeen valmisteluun perustuva strateginen ja taloudellinen suunnittelu. Voisiko kunnalliseen palvelutoiminnan suunnitteluun osallistua myös yksityissektorin tuottajat, ettei heidän tarvitsisi todeta:

”ollaan oltu vaan kuuntelemassa, että mitä on tehty” (T1, palveluseteli- ja asumisen yrittäjä).

Yhteistyön peruste on joka tapauksessa kaikille selvä:

”Että hyö tarvii meitä ja myö tarvitaan kaupunkia.” (T11, ps-yrittäjä).

Teemahaastattelun avulla oli alun perin tarkoitus selvittää myös toimeksiantoperusteisen vanhusten perhehoidon osuutta ja mahdollisuuksia vanhuspalveluja järjestettäessä. Haastatellut perhehoidossa olleet ikäihmiset käyttivät sitä vain lyhytaikaisesti omaishoidon vapaapäivien ja intervallihoidon järjestämiseksi, ja vastaukset liittyivät lähinnä omais- eikä perhehoitoon. Vanhusten perhehoitoa on vielä varsin vähän tutkittu, mutta sen mahdollisuuksia informaalin ja formaalin hoivan välimaastossa olisi tarpeen selvittää. Tässä tutkimuksessa saadut lausumat sijoittivat sen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen välille:

Koska meillähän on kotihoidossa yksinäisiä turvattomia, jotka ei tuu autetuksi tehostetussa palveluasumisessa, he ei tarvii temppuja vaan he tarvitsee turvaa, ihmisiä. Sen puolen mä lisäisin (paikkoja) perhehoitoon jos mahdollista ja miksikäs ei olisi, pitäis taas organisoida. (J8)

Tässä tutkimuksessa ei haastateltu luottamushenkilöitä. Viranhaltijat viittasivat vastauksissaan monesti heidän hyväksymiinsä palvelustrategioihin ja taloudellisten resurssien ensisijaisuuteen niitä laadittaessa. Luottamus viranhaltijoiden ja poliittisten päättäjien välillä joutuu koetukselle kilpailuttamisen ja yksityisen palvelutuotannon lisääntyessä. Kuntademokratian rajat venyvät liikesalaisuuksien, hintavertailujen ja yksityisen tuotannon erityispiirteiden takia valmistelun lipuessa luottamushenkilöiden käsistä. Tämä tilanne olisi erittäin mielenkiintoinen tutkimuskohde jatkossa myös luottamuksen ja vallan näkökulmasta.

Palvelujen järjestäjien toimintaa ohjaa luottamushenkilöiden lisäksi myös tärkeiden yhteistyötahojen tekemät ratkaisut, jotka voivat suurestikin vaikuttaa siihen.

- - muutoksia ja kaikkia uudistuksia ynnä muita sellaisiakin, mitä ei olla suunniteltu, mitkä ovat meistä riippumattomia, että kun sairaanhoitopiiri otti sen järjestelmän käyttöön, niin sitten se oli melkein pakko ottaa meilläkin.

Edellä mainittuun päätökseen ovat myös kunnat päässeet vaikuttamaan osallistumalla sairaanhoitopiirin luottamuselimiin. Suuret linjaukset tehdään kuitenkin ottamalla huomioon koko piirin alue eikä aikataulutuk-

seenkaan yksittäinen kunta voine vaikuttaa. Luottamus ja vallankäyttö myös sairaanhoitopiirien ja kuntien välillä on monisyistä ja mielenkiintoista.

On oleellista jatkaa avoimuuden, kumppanuuden ja vuorovaikutteisuu-
den kehittämistä erilaisten palvelujen järjestämis- ja tuottamistapojen vah-
vistamiseksi asiakkaiden parhaaksi. Nämä luottamuksen ja vallan osatekijät
ovat merkittäviä palvelun järjestäjän ja tuottajien välisessä yhteistyössä.

Tämän artikkelin haastatteluaineisto on koottu osana Hyvinvointipalvelu-
jen uudet mahdollisuudet (PALMA) -hanketta (EAKR 2011–2013). Kir-
joittaja oli aineiston keruun aikana töissä Diakonia-ammattikorkeakoulun
Pieksämäen toimipisteessä. Lisätietoja: Riitta Lappi, hankekoordinaattori,
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, riitta.lappi@esshp.fi

LÄHTEET

- Arrow, Kenneth 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review* 53 (5), 941–973. Viitattu 01.10.2014 <https://www.aeaweb.org/aer/top20/53.5.941-973.pdf>.
- Fredriksson, Sami; Hyvärinen, Olli; Mattila, Mikko & Wass, Hanna 2009. Kilpailuttaminen poliittisena päätöksenä. Kuntapäätäjien näkemyksiä sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnasta yksityisen sektorin tuottajilta. Kunnallisan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 14. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.
- Fredriksson, Sami & Martikainen, Tuomo 2008. Julkista vai yksityistä – kuntalaisten palveluja koskevat valinnat. Kunnallisan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 6. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.
- Haapola, Ilkka; Karisto, Antti & Konttinen, Riikka 2006. Huomaamaton Hämeen helmi. Päijät-Hämeen alueellisen hyvinvointibarometrin 2005 tuloksia. Verson julkaisu ja 1/2006. Lahti: Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso.
- Harjajärvi, Minna; Kairi, Tea; Kuusterä, Kirsti & Miettinen, Sonja 2009. Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palvelujen käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä. Kehitysvammaliiton selvityksiä 3. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Haas-Wilson, Deborah 2001. Arrow and the Information Market Failure in Health Care: The Changing Content and Sources of Health Care Information. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26 (5), 1031–1044. Viitattu 01.10.2014 <http://www.smith.edu/economics/documents/ArrowandtheInformationMarketFailure.pdf>.
- Juhila, Kirsi & Günther, Kirsi 2013. Kunnan, järjestöjen ja asiakkaiden oikeudet ja velvollisuudet tilaaja – tuottajamallissa. *Janus* 21 (4), 298–313.
- Junnila, Maijaliisa & Aho, Tuomas & Fredriksson, Sami & Keskimäki, Ilmo & Lehto, Juhani & Linna, Miika & Miettinen, Sari & Tynkkynen, Liina-Kaisa 2012. Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Raportti 42. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print
- Kalliomaa-Puha, Laura 2007. Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90. Kelan tutkimusosasto. Vammala, Vammalan Kirjapaino Oy
- Karinen, Merja 2010. Mielenterveyskuntoutujan oikeusturvasta. Teoksessa M. Pajukoski (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III (THL:n raportti 19/2010). Helsinki, Yliopistopaino, 71-78
- Kehitysvammaliitto i.a. Päätösvalta sosiaalipalvelujen asiakkaalle – hyviä kokemuksia henkilökohtaisesta budjetoinnista. Viitattu 15.11.2014 <http://www.kehitysvammaliitto.fi/fin/paatosvalta-sosiaalipalvelujen-asiakkaalle-hyvia-kokemuksia-henkilokohtaisesta-budjetoinnista/>
- Kovalainen, Anne & Österberg-Högstedt, Johanna 2008. Sopimisen mekanismit sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kunnallisan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 3. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.
- Kuusinen-James, Kirsi & Seppänen, Marjaana 2013. Ikääntyvät palvelunsetelin käyttäjät valintatilanteessa: kuluttajia vai näennäiskuluttajia? *Janus* 21 (4), 314–329.

- Kähkönen, Liisa 2007. Näennäismarkkinoiden tehokkuuden rajoitteet ja mahdollisuudet paikallishallinnon palveluissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1277. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print
- Kähkönen, Liisa & Volk, Raija 2008. Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kunnallissalan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 4. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystal-veluista 2012/980 28.12.2012. Viitattu 15.11.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812. 22.9.2000. Viitattu 15.11.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.
- Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteen tutkimuksen prosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen Sirpa & Nikkonen Sirpa (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Mäkelä, Tiina; Karisto, Antti; Valve, Raisa & Fogelholm, Mikael 2008. Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(6), 609–624. Viitattu 15.10.2014 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100373/makela.pdf?sequence=1>.
- Niiranen, Vuokko 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila, Kirsi; Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. SoPhi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 63–80
- Perhehoitajalaki 1992/312. 3.4.1992. Viitattu 15.11.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920312?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perhehoitaja>.
- Personal Social Services Research Unit i.a. ASCOT-mittari. Viitattu 01.10.2014 <http://www.pssru.ac.uk/ascot/finnish/.01.12.2>
- Valkama, Pekka 2004. Kilpailuneutraaliteetin toteutuminen kuntapalveluiden näennäismarkkinoilla. *Acta Universitatis Tamperensis* 1039. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Valkama, Pekka; Kallio, O. & Kankaanpää, J. 2008. Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset, II osa. Empiiriset tulokset. Kunnallissalan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 12. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö.
- Valokivi, Heli 2014. Harkinnan käyttäjänä vai kohteena? Vanhuspalvelujen asiakkaan näkökulma harkintaan. Teoksessa L. Kalliomaa-Puha; T. Kotkas & M. Rajavaara (toim.) *Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen*. Teemakirja 13, 292–306. Viitattu 27.11.2014 <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/45435>.
- Vilkko, Anni; Finne-Soveri, Harriet & Heinola, Reija 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Marja Vaarama; Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) 2010. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Yliopistopaino, 44–59.

*Marina Steffansson, Marjo Pulliainen,
Aija Kettunen, Ismo Linnosmaa ja Miikka Halonen*

II VALINNANVAPAUDEN MERKITYS KOTIHOIDON PALVELUJEN VAIKUTTAVUUTEEN

Tiivistelmä

Ikääntyneiden entistä pidempään kotona asuminen lisää kotihoidon merkitystä. Kotiin tarjottavat palvelut pitäisi olla vaikuttavia ja niillä pitäisi pystyä varmistamaan ikääntyneiden hyvä elämänlaatu. Valinnanvapaudella on osoitettu olevan merkitystä elämänlaatuun ja palvelujen vaikuttavuuteen. Ikääntymisen tuomat haasteet kuitenkin vaikuttavat valintoihin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella valinnanvapauden merkitystä kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen. Tutkimuskysymyksinä olivat seuraavat: mikä on asiakkaan oma käsitys hänen mahdollisuudestaan valita kotihoidon palveluja ja mikä on valinnanvapauden merkitys kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen. Tutkimuksen aineistona olivat Pieksämäen ja Hämeenlinnan kaupunkien sekä Itä-Savon sairaanhoitopiirin julkisen kotihoidon 65 vuotta täyttäneet tai sitä vanhemmat asiakkaat (n=2096). Valinnanvapautta selvitettiin asiakkaan subjektiivisen kokemuksen kautta. Palvelujen vaikuttavuutta arvioitiin hoivaan liittyvällä elämänlaadun muutoksella. Valinnanvapaus ei toteudu kaikkien sitä haluavien kotihoidon asiakkaiden kohdalla. Valinnanvapaudella on kuitenkin merkitsevä yhteys julkisen kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen. Sosiaalihuollon toimia ja rakenteita muuttamalla voidaan ottaa huomioon asiakkaan mielipide ja näin pyrkiä parantaa palveluiden vaikuttavuutta.

Asiasanat: valinnanvapaus, vaikuttavuus, kotihoito

1 JOHDANTO

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (2012) tuli voimaan 1.7.2013. Lain tarkoituksena on muun muassa parantaa iäkkäiden mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaalipalveluja yksilöllisten tarpeitten mukaisesti, vaikuttaa palvelujen sisältöön ja toteutukseen sekä osallistua palveluja koskevien valintojen päätöksentekoon. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2012). Tavoitteena on asiakkaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun paraneminen. Suomessa suurimman osan kotihoidon palveluista tuottaa julkinen sektori, ja on väitetty, että julkisen sektorin palveluntarjoajat eivät anna asiakkaan valita haluamiaan palveluja. Lain myötä kotiin tarjottavien sosiaalipalvelujen, kuten kotihoidon, rooli nousee entistä tärkeämmäksi. Tietoa palvelujen vaikuttavuudesta ja siihen liittyvästä valinnanvapaudesta tarvitaan poliittisen päätöksenteon arviointiin. Monissa eri terveyden ja sosiaalihuollon järjestelmissä on ryhdytty kiinnittämään huomiota siihen, että iäkkäillä ihmisillä olisi vapaus valita tarvitsemansa palvelut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmästä (Genet ym. 2011).

Sosiaalipalvelujen rajallisten resurssien käytön on vastattava asetettuja tavoitteita. Vanhojen toimintojen rinnalle ei voida pystyttää uusia toimintoja, vaan vanhat toiminnot tulee järjestää uudelleen niin, että palveluista saadaan vaikuttavampia. On tärkeää pystyä tunnistamaan ne tekijät, jotka lisäävät sosiaalihuollon asiakkaan elämänlaatua parantaen näin palvelujen vaikuttavuutta. Taloustieteessä ajatellaan, että asiakkaat hyötyvät palvelujen kulutuksesta. Rationaaliset kuluttajat asettavat palvelut paremmuusjärjestykseen niistä saatavan hyödyn perusteella. (Valtonen 1988, 88.) Oletukse-

na on, että kuluttaja valitsee ne vaihtoehdot, joilla hän saa itselleen parhaan lopputuloksen. Mutta valintaan liittyy aina myös valinnan tekijän tavoitteita ja arvoja, jolloin rationaalisuuden määrittäminen on vaikeaa. Tieto valinnan seurauksista voi olla epätäydellistä, preferenssit voivat muuttua ja hyödyn maksimointi ei välttämättä ole täydellistä, koska kaikkien vaihtoehtojen huomioiminen ei ole mahdollista. Ikääntymiseen liittyvät erilaiset tarpeet ja lisääntyvät toimintakyvyn heikkoudet johtavat valintojen monimutkaistumiseen ja vähentävät myös yksilön omaa kykyä toimia rationaalisesti. (Bowling 2007, 17; Walker & Mollenkopf 2007, 8; Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 151.) Julkisesti tuotetun kotihoidon asiakkaan palveluntarpeen arvioi sosiaalialan ammattihenkilö. Hänen näkemyksensä palveluntarpeesta perustuu ammatilliseen asiantuntijuuteen. Tähän yhdistyy yhteiskunnan määritelmä siitä, mitä palveluja ikääntynyt tarvitsee toimintakyvyn heikentyessä ja näin voidaan perustella palvelujen tarjontaa. Yksilön tavoitteet ja tarpeet voivat olla ristiriidassa niiden tavoitteiden kanssa, jotka on yleisesti hyväksytty (Lehtinen 2006, 231–232).

Kotihoidon palvelujen vaikuttavuutta koskevaa tutkimusta on jonkun verran (esim. Thomé, Dykes & Hallberg 2003; Glendinning, Clarke, Hare, Maddison & Newbrunner 2008; Vaarama & Ylönen 2006). Myös valinnanvapauden vaikutusta palvelujen vaikuttavuuteen on tutkittu (esim. Duncan-Myers & Huebner 2000; Rabiee 2012; Tyrrel, Genin & Myslinski 2006). Aikaisempia tutkimuksia valinnanvapauden merkityksestä julkisen kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen ei ole. Tämän tutkimuksen kysymyksenasettelu perustuu siihen, että ikääntyneiden määrä lisääntyy, heitä pyritään hoitamaan kotona entistä pidempään ja annettujen palvelujen pitäisi olla vaikuttavia. Kohteena on kunnan tai kuntayhtymän järjestämä julkinen kotihoito. Kotihoito on integroitua hoitoa, joka on tarkoitettu ikääntyneille, jotka toimintakyvyn heikentyessä tarvitsevat apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista (Vaarama & Pieper 2006, 13). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää valinnanvapauden merkitystä julkisen kotihoidon palvelun vaikuttavuuteen empiirisen aineiston avulla. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat: 1) mikä on asiakkaan oma käsitys hänen mahdollisuudesta valita kotihoidon palveluja ja 2) mikä on valinnanvapauden merkitys kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen. Vaikuttavuutta mitataan asiakkaan elämänlaadun muutoksella. Tutkimuksen hypoteesina on, että iän tuomilla tarvetekijöillä on yhteys elämänlaatuun. Toisena hy-

potelesina on, että myös valinnanvapaudella on yhteys sosiaalipalvelujen vaikuttavuuteen.

2 IKÄÄNTYNEELLE MERKITTÄVIÄ TEKIJÖITÄ

Tilastokeskuksen mukaan vuoden 2012 lopussa Suomessa oli 1 018 000 yli 65-vuotiasta henkilöä ja vuoteen 2030 mennessä heidän määrä väestöennusteen mukaan on noin 1 495 500 henkilöä, eli lähes 30 prosenttia koko väestöstä. (Suomen virallinen tilasto 2012). Vuoteen 2030 mennessä ennustetaan 65 vuotta täyttäneiden osuuden olevan 58 % suurempi kuin mitä se oli vuonna 2010 (taulukko 1). Meneillään olevan Rakennepoliittisen ohjelman (toimenpide 24) mukaan ikääntyneiden palvelun rakennetta muutetaan vähentämällä laitoshoidtoa ja lisäämällä kotiin annettavia palveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Noin 70–75 prosenttia 75-vuotiaista tulee toimeen ilman yhteiskunnan hoivapalveluja, mutta iän lisääntyessä palvelujen tarve kasvaa. 85 vuotta täyttäneistä päivittäistä apua tarvitsee noin joka toinen. (Vaarama 2004, 136; Vaarama & Voutilainen 2002, 351.)

TAULUKKO 1. 65 vuotta täyttäneen väestön kehitys ja ennuste 2010–2030 (Suomen virallinen tilasto 2012).

	2010	2013	Muutos-% 2010–2013	2020	Muutos-% 2010–2020	2030	Muutos-% 2010–2030
65–74	505 492	592 151	17,1	714 898	41,4	675 865	33,7
75–84	321 389	335 321	4,3	400 825	24,7	593 758	84,7
85–	114 160	129 075	13,1	157 095	37,6	226 001	98,0
Yht.	941 041	1 056 547	12,3	1 272 818	35,3	1 495 624	58,9

Ikääntyminen ei yksin aiheuta palvelun tarvetta ennen korkeampaa ikää. Aiempien tutkimusten mukaan kotihoidon lisääntyneen kysynnän arvelaan kasvavan yhä edelleen myös siksi, että ikääntyneet haluavat olla ko-

tonaan entistä pidempään. Tutkimusten mukaan kotona asuminen tukee ikääntyneen riippumattomuutta ja vahvistaa itsetuntoa (Liebel, Friedman, Watson & Powers 2009, 120; Walker & Mollenkopf 2007, 9.) ja antaa tunnetta taloudellisesta ja henkilökohtaisesta turvallisuudesta (Easterlow & Smith 2004, 999). Kodin merkitys perustuu siihen, että sitä pidetään omana, pysyvänä paikkana, joka luo turvallisuutta ja vahvistaa ikääntyneen omaa identiteettiä (Cherry 2007, 179). Kröger ja Leinonen ovat tutkimuksessaan tarkastelleet suomalaisen kotihoidon muutoksia ja suuntauksia vuosina 1990–2010. Huolimatta siitä, että sekä poliittiset ohjelmat että ikääntyneet itse korostavat kotihoidon merkitystä, kotihoidossa viimeisen neljännesvuosisadan aikana tapahtunut radikaali muutos ja ikääntyneiden mahdollisuus palvelujen käyttöön on heikentynyt. Palvelujen painopiste on siirtynyt asiakkaan henkilökohtaiseen hoivaan, eikä se sisällä enää kotiöitä. (Kröger 2003, 34; Kröger & Leinonen 2012, 319.)

2.1 Ikääntyneiden valinnanvapaus hoivapalveluissa

Valinnanvapaus käsitteenä linkitetään tutkimuskirjallisuudessa usein itsemääräämisoikeus -käsitteeseen (vrt. Rabiee 2012, 2). Jatkossa näitä käsitteitä käsitellään rinnakkain. Hyvää elämänlaatua ei voida saavuttaa silloin, kun itsemääräämisoikeutta rajoitetaan liiallisesti. Näkemys siitä, mitä valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden toteuttaminen ikääntyneen elämässä tarkoittaa, ei ole yhtenäinen ikääntyneiden ja heidän hoitohenkilökuntansa välillä. (Rabiee 2012, 14.)

Huolimatta siitä, missä ikääntyneet asuvat, he haluavat säilyttää itsenäisyytensä. Kotona asuminen ei kuitenkaan vahvista sitä, että ikääntyneiden itsemääräämisoikeutta tuetaan, mutta se mahdollistaa suhteessa enemmän asioista päättämistä ja autonomiaa. (Boyle 2004, 212.) Palveluja pyritään toteuttamaan niin, että se antaa ihmisille mahdollisuuden tehdä omia valintoja tarpeidensa täyttämiseksi (ks. Glendinning ym. 2008, 54). Valinnanvapauden edistämisessä on tärkeää, että valittu hoito mahdollistaa arkisten päätösten tekemisen jokapäiväisessä elämässä. Ikääntyneiden kanssa työskentelevien olisi tärkeää tiedostaa eroavaisuudet yksilöiden välillä ja ottaa ne huomioon hoitotyössään, jotta valinnanvapautta voidaan tukea (Jakobsen & Sørlien 2010).

Economic and Social Research Council's (ESRC) Growing Older (GO) ohjelmassa selvitettiin tekijöitä, jotka vaikuttavat terveiden ikääntyneiden elämänlaatuun. Mukana oli sekä kotona että hoivakodeissa asuvia ikääntyneitä. Tekijät, joita ikääntyneet pitivät tärkeimpinä tekijöinä määriteltäessä elämänlaatua ja jotka he useimmiten mainitsivat, olivat perhe (13,6 %), harrastukset (10,5 %), ystävät (10,2 %), terveys (7,1 %), koti (5,7 %), seura (4,8 %), luovuus (4,6 %), sosiaalinen elämä (3,8 %), riippumattomuus – valinnanvapaus (3,8%) ja mahdollisuus liikkua (3,7 %). Edellä mainitut asiat kattoivat 67,8 % annetuista vastauksista. Tutkijat toteavat, että yksilöllisiä eroja on, mutta tekijät, joita pidetään erittäin tärkeänä olivat perhe, terveys ja koti. Yleisesti tärkeänä pidettiin henkistä hyvinvointia, valinnanvapautta ja mahdollisuutta liikkua. (Beaumont, Kenealy & Murrell 2005, 7.)

Saatavilla oleva tieto valintamahdollisuuksista on myös merkittävä tekijä valinnanvapauden hyödyntämisessä. Vanhuksilla on suurempi riski jäädä tiedon ulkopuolelle, koska se ei välttämättä ole heille sopivassa muodossa tai sitä ei ole riittävän hyvin kohdennettu heille (Baxter & Glendinning 2008). Ikääntyneet pystyvät ilmaisemaan mielipiteensä ja antamaan merkityksellisiä mielipiteitä heitä koskevasta hoidosta huolimatta esimerkiksi alkavasta muistisairaudesta. Tästä syystä hoitohenkilökunnan pitäisi pyrkiä sisällyttämään heidät päätöksentekoon ja antaa tietoa olemassa olevista vaihtoehtoista heille (Tyrrel ym. 2006). Tiedon hankkimisen ja valintojen tekemisen esteenä on myös epävarmuus tulevaisuudesta. Ikääntyneiden tarpeet ja kunto saattavat muuttua lyhyellä aikavälillä, jolloin tiedon tarve olemassa olevista vaihtoehtoista saattaa olla jatkuvaa ja valintojen määrä lukuisa (Newbronner ym. 2011; Rabiee 2012).

Palveluja koskevassa päätöksenteossa asiakkaan täytyy olla mukana alusta asti ja ammattilaisten täytyy ymmärtää asiakkaidensa motiivit – toiset haluavat enemmän (tai vähemmän) palveluja, toiset enemmän (tai vähemmän) aikaa ja huomiota kuin mitä mahdollinen objektiivinen (esim. diagnoosi) arviointi antaa mahdollisesti ymmärtää. (Rolss, Seymor, Froggatt & Harratty 2010, 653.) Suurin osa ikääntyneistä haluaa olla kotona mahdollisimman pitkään toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta (American Association of Retired Persons 2000, 55; Liebel ym. 2009, 120). Monen ikääntyneen kotona selviytyminen edellyttää kuitenkin ulkopuolista apua. Kotiin tuotu apu täytyy pystyä tarjoamaan niin, että se tukee ikääntyneen

itsenäisyyttä eikä rajoita sitä missään määrin (Mitzner ym. 2011, 152). Duncan- Myers ja Huebner (2000, 507) tutkivat valinnanvapauden ja elämänlaadun välistä suhdetta, ja heidän saamiensa tulosten mukaan positiivinen korrelaatio valinnanvapauden ja elämänlaadun välillä on erityisesti silloin, kun valintakysymykset koskevat yleisiä askareita kuten syömistä ja siistiytymistä. Berglund, Dunér, Blomberg ja Kjellgren, (2012, 7, 8,10) tutkivat kotihoidon asiakkaan osallistumista hoitosuunnitelman tekemiseen. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä asiakkaat toivoivat, että heidän luonaan kävisi aina sama hoitaja, koska tuttu kotihoitaja lisää asiakkaan turvallisuuden tunnetta. Lisäksi toivottiin, että hoitaja käy kotona aikana, joka sopii asiakkaan päivärytmiin. Asiakkaan vaikutusmahdollisuudesta hoitosuunnitelmaa tehtäessä todetaan, että asiakkaan ainoa valinnanmahdollisuus kohdistuu mahdollisuuteen kieltäytyä palveluista.

2.2 Ikääntymisen tuomien tarvetekijöiden merkitys valinnoissa

Sosiaalipalveluissa hoivan tarve syntyy, kun asiakkaan toimintakyky heikkenee ja palveluilla pyritään kompensoimaan alentunutta toimintakykyä (Babitsch, Gohl & von Lengerke 2012, 9; Malley ym. 2012, 2). Toimintakyvyn heikkeneminen vaikuttaa elämänlaatuun (Liebel ym. 2009, 120). Yleensä ikääntyneiden avun tarve ei ole vain väliaikaista, ja he saattavat joutua kohtaamaan kuntonsa jatkuvan heikkenemisen. Ikääntyneet kokevat olevansa oikeutettuja kotihoidon saamiseen fyysisen vammautumisen ja korkean iän vuoksi, mutta suhtautuminen palveluun vaihtelee. (Hammarström & Torres 2008, 81.) Toisille avun saaminen on helpotus, mutta toiset taas joutuvat sopeutumaan ajatukseen, että toinen henkilö astuu heidän elämäänsä ja voi tehdä päätöksiä heidän puolestaan ja muuttaa heidän tottumuksiaan (Janlöv, Hallberg & Petersson 2005, 327). Suhtautuminen apuun vaihtelee riippuen siitä, minkä takia palvelua käytetään: toisten mielestä kotihoito on luonnollisen tarpeen synnyttämä, mutta toiset taas tuntevat olevansa pakotettuja ottamaan vastaan kotihoitoa (Hammarström & Torres 2010, 81). Elämäntilanteen muutos vaatii aina sopeutumista. Kun ikääntyneen toimintakyky heikkenee, niin hänen on aluksi vaikea sopeutua tilanteeseen. Kuitenkin, jossain ajassa sopeutuessaan uuteen tilanteeseen

hän alkaa kokea taas mielihyvää huolimatta alentuneesta toimintakyvystään. (Netten 2011, 12.)

Vaaraman ja Ylösen (2006) kotihoidon palvelujen käyttöä koskevassa tutkimuksessa todettiin, että kotihoidon voimakkaimmat tarvetekijät ovat ikä ja toimintakyky. Ikääntyneiden suurin avuntarve liittyy kodinhoitoon, asiointiin ja henkilökohtaisiin toimiin. Päivittäisissä perustoiminnoissa koettiin eniten lisäävun tarvetta WC:ssä asioinnissa, henkilökohtaisen hygienian hoidossa sekä syömisessä ja juomisessa. Henkilökohtaisissa päivittäistoiminnoissa suurin avuntarve koettiin ulkona liikkumisessa. Vastaajat toivoivat kotihoidon henkilökunnalta kiireettömyyttä ja lisää aikaa. Tutkimuksessa selvitettiin myös kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeutta, ja parhaiten tämä toteutui nukkumaan menon ja heräämisen suhteen ja huonoiten päiväohjelman suunnittelun suhteen. Kotihoidossa parantamisen varaa koettiin olevan myös työntekijöiden kiireessä ja vaihtuvuudessa. (Vaarama & Ylönen 2006, 32–42.) Blomgren, Martikainen, Martelin ja Koskinen (2008, 1) tarkastelivat puolison, lasten tai sukulaisten merkitystä kotihoidon palvelujen käyttöön. Ikääntynyt, joka asuu puolison tai jonkun muun kanssa käyttää vähemmän kotihoidon palveluja, kun taas ikääntyneet, joiden asioita lapset hoitavat, käyttävät enemmän kotihoidon palveluja. Todennäköisesti lapset toimivat vanhempansa agentteina palvelujen hakemisessa. Kotona annettava hoiva parantaa elämänlaatua (Thomé, Dykes & Rahm Hallberg 2003, 860) ja jo pelkästään luottamus siihen, että tarvittaessa saa kotihoidon palveluja, vaikuttaa elämänlaatuun (Vaarama ym. 2010, 162).

2.3 Ikääntyneiden sosiaalipalvelujen vaikuttavuus

Vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnan tavoitteen mukaista muutosta toiminnan lopputuotoksessa (Sintonen & Pekurinen 2006, 52). Myös sosiaalipalveluissa vaikuttavuutta korostetaan yhä enemmän. Informaatiota palvelujen vaikuttavuudesta tarvitaan moneen tarkoitukseen. Palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta vastaavat päätöksentekijät tarvitsevat tietoa palvelujen vaikuttavuudesta, jotta he voivat arvioida palvelutuotannon kustannuksia ja hyötyjä. Vaikuttavuustietoa voidaan käyttää myös oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon edistämiseen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Palvelujen vaikuttavuuden arviointi asiakkaan näkökul-

masta ennemminkin kuin esimerkiksi tehtyjen kotikäyntien määrä antaa paremmin tietoa siitä, kuinka palvelujen käyttäjät arvostavat palveluja. Tämän vuoksi pitäisi keskittyä lopullisiin vaikutuksiin, toisin sanoen elämänlaadun muutoksiin kuin välillisiin tuotoksiin. (Netten 2011, iii; Sefton, Byford, McDaid, Hills & Knapp 2004,15.)

Sosiaalipalvelujen järjestämisestä vastaavat tahot ovat viimeisen kahden viime vuosikymmenen aikana kiinnittäneet entistä enemmän huomiota palvelujen käytön ja asiakkaiden elämänlaadun (quality of life, QoL,) väliin suhteeseen. Elämänlaatu perustuu ihmisen kokonaisvaltaiseen arvioon omasta elämästä ja sosiaalisesta tilanteesta. Schalockin (2004, 204–205) mukaan QoL:ia käytetään käsitteenä, joka antaa kuvan elämänlaadusta yksilön näkökulmasta. QoL käsitteenä vaikuttaa koko palvelujärjestelmään. Elämänlaatu on moniulotteinen käsite riippuen siitä, missä kontekstissa sitä tarkastellaan ja sen tarkka määrittely on mahdotonta. Sosiaalipalveluihin liittyvä elämänlaatu (social care related quality of life, SCRQoL) keskittyy niihin elämänlaadun ulottuvuuksiin, jotka liittyvät sosiaalihuollon interventioihin. Sosiaalipalvelujen vaikuttavuutta voidaan arvioida selvittämällä hoivaan liittyvä elämänlaatu eli ero hoivaan liittyvässä elämänlaadussa, kun verrataan tilanteita hoivan kanssa ja ilman hoivaa. ASCOT (adults social care outcomes toolkit) -mittari on preferenssi-painotettu aikuisten sosiaalipalveluihin liittyvä elämänlaatumittari, joka mittaa sosiaalipalveluista saatua hyötyä niin yleisellä tasolla, että sen avulla voidaan vertailla eri sosiaalipalvelujen vaikuttavuutta. (Netten ym. 2011.)

Ikääntyneiden hyvinvointia ja elämänlaatua on Suomessa tutkittu Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta säännöllisesti 2000-luvun alkupuolelta asti (Vaarama & Kaitsaari 2002; Vaarama & Ylönen 2006; Vaarama & Ollila 2008; Vaarama ym. 2010). Sekä nämä että useat muutkin tutkimukset osoittavat, että ikääntyneiden elämänlaadulle ja hyvinvoinnille ovat tärkeitä paljolti samat tekijät kuin muillekin ikäryhmille eli hyvä terveys, toimivat sosiaaliset verkostot, psyykkinen hyvinvointi ja riittävä toimeentulo (Bowling 2007, 17; Diener & Seligman 2002, 81; Walker & Mollenkopf 2007, 8; Vaarama ym. 2008,118). Suomalaisten ikääntyneiden elämänlaatua ko-keissa tutkimuksissa on todettu, että 80 ikävuoteen asti koettu elämänlaatu on korkea. Iän karttuessa elämänlaatu laskee fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin heikkenemisen takia ja 80:n ikävuoden jälkeen vain 57

prosenttia kokee elämänlaatunsa hyväksi. (Vaarama ym. 2010, 131.) Yli 80-vuotiailla koetussa elämänlaadussa korostuvat erityispiirteet, jotka ovat ominaisia tälle elämänvaiheelle. Näitä ovat päivittäiseen toimintakykyyn liittyvät ongelmat, riippuvuus muiden avusta, saadun avun koettu tarkoituksenmukaisuus ja riittävyys, kyky selviytyä kognitiivista taitoa vaativista tehtävistä sekä turvattomuuden tunne. (Bowling 2007, 21; 17; Walker & Mollenkopf 2007,8; Vaarama ym. 2010, 151.) Vaaraman, Siljanderin, Luoman ja Meriläisen (2010, 156) tutkimuksessa ikääntyneiden elämänlaadusta todetaan, että lähes puolet yli 80-vuotiaista kunnallisen kotipalvelun käyttäjistä kokee saamansa avun riittämättömäksi. Elämänlaatuun vaikuttavat kokemukset asioista, jotka koetaan hyväksi ja tärkeiksi. (Vaarama ym. 2010, 144.)

3 AINEISTO JA MENETELMÄ

Tutkimuksen aineisto kerättiin syksyn 2013 ja kevään 2014 aikana strukturoidulla kyselyllä, joka lähetettiin Pieksämäen ja Hämeenlinnan kaupungin sekä Itä-Suomen sairaanhoitopiiriin julkisen kotihoidon 65 vuotta täyttäneille tai sitä vanhemmille asiakkaalle (n=2096). Kaikki otokseen valitut asiakkaat olivat säännöllisen kotihoidon piirissä. Otos poimittiin tutkimukseen osallistuneiden kaupunkien vuoden 2013 kotihoidon asiakastiedoista. Suomessa julkinen kotihoito sisältää sosiaalihuoltolakiin (1982) perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin (1972) perustuvan kotisairaanhoidon. Kotipalvelua täydennetään tukipalveluilla. Kotihoidon palvelut eivät ole samanlaisia kaikkialla (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 8), ja tässäkin tutkimuksessa mukana olleissa kaupungeissa tukipalvelut erosivat hieman toisistaan. Kaupunkien osalta jouduttiin tekemään yhteensovittamista tukipalvelujen suhteen (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Kotihoidon palvelut ja asiakkuus

KOTIHOITO		
Kotipalvelu <ul style="list-style-type: none">- varmistaa riittävä hoiva asiakkaille- turvata hyvä elämänlaatu- itsemääräämisoikeus kaikille asiakkaille tukemalla ja auttamalla heitä tehtävissä, joista he eivät itse tai läheistensä avulla suoriudu	Kotisairaanhoito <ul style="list-style-type: none">- hoitaa asiakasta kotona lääkärin määräämien sairaanhoidollisten toimien mukaisesti	Tukipalvelut <ul style="list-style-type: none">- ateriapalvelu- kauppa- ja muut asiointipalvelut- kylvytys- ja saunotuspalvelut- turvapalvelut
Asiakkuus: henkilö, joka ei selviydy itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla arkielämän toiminnoista. Lähtökohtana on, että asiakkaan hoito vaatii sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstön ammattiosaamista. Palvelujen tarve on päivittäistä tai useita kertoja viikossa toistuvaa. Palveluja myönnetään yksilöllisen palveluntarpeen arvioinnin perusteella.		

Kyselyyn vastanneiden kotihoidon asiakkaiden palvelunkäyttötiedot poimittiin kotihoidon vuoden 2013 asiakastietojärjestelmistä. Johtuen kysy-

mysten määrästä ja siitä, että asiakkaat itse täyttivät kyselyn, otoksen pois-sulkukriteerinä käytettiin muistia ja tiedonkäsittelytasoa mittaavaa Mini Mental Status Examination (MMSE) -testiä (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Jos asiakkaalle tehdyn testin tulos oli alle 19, niin asiakasta ei otettu mukaan otokseen. Jos testiä ei ollut tehty, oletettiin, että asiakas on kykenevä vastaamaan kyselyyn itsenäisesti.

Valinnanvapautta selvitettiin asiakkaan subjektiivisen kokemuksen kautta. Valinnanvapautteen liittyvät väitteet muodostettiin aikaisempien tutkimusten perusteella. Tietoa kerättiin asiakkaiden kokemuksista palvelun valitsijana sekä myös heidän halukkuudesta vaikuttaa saamiinsa palveluihin (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Valinnanvapautta kuvaavat väittämät

Saan itse valita (voit valita useamman vaihtoehdon):
 omahoitajan
 ajan, jolloin kotihoidon työntekijä käy luonani (esim. aamulla/päivällä/illalla)
 päivän, jolloin siivotaan
 ruoka-annokseni (esim. ruokalista, josta voin valita)
 Haluaisin itse vaikuttaa saamiini kotihoidon palveluihin:
 kyllä
 en

Kotihoidon vaikuttavuutta mitattiin hoivaan liittyvän elämänlaadun (Social Care Related Quality of Life, SCRQoL) muutoksella (SCRQoLgain). Elämänlaatua mitattiin ASCOT-mittarilla. ASCOT on preferenssipainotettu aikuisten sosiaalipalveluihin liittyvä elämänlaatumittari (Netten 2011). ASCOT huomioi kahdeksan elämänlaadun osa-aluetta (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Hoivaan liittyvä elämänlaadunmittari, ASCOT-mittari

Elämänlaadun ulottuvuudet	Vastausvaihtoehdot kaikissa ulottuvuuksissa
1) henkilökohtainen puhtaus 2) ruoka ja juoma, 3) turvallisuus, 4) asumisen siisteys ja miellyttävyys, 5) sosiaalinen osallistuminen ja osallisuus, 6) arjen hallinta, 7) mielekäs tekeminen, 8) arvokkuus	1) vastaajan tilanne on ideaalinen, saa palveluilta mitä haluaa 2) ei tarvetta, eli saa palveluilta mitä tarvitsee 3) joitain tarpeita, ei saa kaikkea, mitä tarvitsee, mutta palvelujen puute ei uhkaa terveyttä 4) paljon tarvetta, eli tarvitsee palveluita enemmän, palvelujen puute uhkaa terveyttä.

Näistä kahdeksasta elämänlaadun osa-alueesta neljä ensimmäistä on elämään kuuluvia perustarpeita. Kolme seuraavaa on elämän osa-alueita, joita

ilmankin pärjää, mutta jotka tuovat mielekkyyttä elämään. Mittarin arvon vaihteluväli -0,17–1. Nolla vastaa kuolleen elämänlaatua ja yksi puolestaan täydellistä elämänlaatua. Elämänlaatu voi olla myös negatiivinen, mikä tarkoittaa sitä, että näin vastannut asiakas kokee elämänlaatunsa huonommaksi kuin mitä olisi olla kuollut. (Netten ym. 2012, xii; Personal Social Services Research Unit i.a.) Mittaria on hyödynnetty tutkimuksissa, joissa on arvioitu valinnanvapauden ja palvelujen vaikuttavuuden välistä yhteyttä (esim. Linnosmaa, Seppälä, Klavus, Oksanen & Tallamaria 2012; Netten ym. 2012; Callaghan & Towers 2013.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin ASCOT-mittarin haastatteluna toteutettavaksi tarkoitettua INT4-versioita (a four-level interview version that measures current and expected SCRQoL in community settings), jolla voidaan arvioida palvelujen vaikuttavuutta. INT4-mittari mittaa sekä tämänhetkistä elämänlaatua palveluja saadessa (currentSCRQoL) että odotettua elämänlaatua, jos palveluja ei ole (expectdSCRQoL). Näiden erotuksena saadaan selville elämänlaadun muutos (SCRQoLgain) (Personal Social Services Research Unit i.a.; ks.myös Smith i.a.). Asiakkaat täyttivät kyselylomakkeen itse. Haasteena oli, kuinka vastaajat selviävät kysymysten määrästä ja ymmärtävätkö he oikein, minkä palveluntarjoajan palveluja tutkimuksessa tarkastellaan. Tätä varten jokaiselle kohdekaupungille muokattiin oma kysely, johon palveluntarjoaja nimettiin erikseen. Tällä pyrittiin korostamaan asiakkaalle, kenen järjestämää palvelua kysely koskee. Vaikka osa ASCOT-mittareista osa on käännetty suomeksi, INT4-versiota ei ole suomennettu. Tutkimusta varten mittarin käännös tehtiin hyödyntäen SCT4-version (a four-level self-report version that measures current SCRQoL in community settings) aiempaa suomenkielistä käännöstä (Personal Social Services Research Unit i.a.). Elämänlaadun ulottuvuuksia painotettiin englantilaisilla hyötypainoilla (Netten 2011), koska suomalaisia ei ole käytettävissä.

Mikäli ikääntynyt kokee terveytensä ja/tai toimintakykynsä huonoksi, se voi vaikuttaa myös sosiaalipalveluihin liittyvään elämänlaatuun. Tästä syystä SCRQoLia mitattaessa suositellaan, että mukaan otetaan aina myös mittari, joka antaa tietoa vastaajan terveydentilasta ja/tai toimintakyvystä (Wittenberg & Clark 2013). Tässä tutkimuksessa kyselyyn yhdistettiin terveyteen liittyvä kolmitasoinen elämänlaadun mittari EQ-5D (EuroQol Group i.a.), jolla saadaan asiakkaan subjektiivinen arvio omasta toimintakyvystään (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Toimintakyky, terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari EQ-5D

Toimintakyky, EQ-5D	Kolmitasoiset vastausvaihtoehdot
1) liikuntakyky 2) kyky huolehtia itsestään 3) kyky selviytyä tavanomaisista toiminnoista 4) kivut ja vaivat 5) ahdistuneisuus/masentuneisuus	1) ei ongelmia 2) ongelmia jonkin verran 3) merkittävät ongelmat

Tässä tutkimuksessa tarkasteltu kirjallisuuskatsaus osoitti, että elämänlaatuun vaikuttavat hyvin monet tekijät. Näistä tarkasteltaviin malleihin otettiin mukaan keskeiset taustamuuttujat (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Mallissa huomioitua taustamuuttujia

Demografiset muuttujat	ikä, sukupuoli, siviilisääty
Kotona selviytymistä kuvaava muuttuja	onko lapsia, asuuko jonkun kanssa, vaikuttaako kotona selviytymiseen sukulaisten tai ystävien apu, pärjääkö saamiensa kotihoidon palvelujen avulla
Kotihoidon palveluista saatavaa tietoa kuvaava muuttuja	onko saanut riittävästi tietoa, saako tarvittaessa lisää tietoa
Sosio-ekonomista tilaa kuvaava muuttuja	korkein koulutus, subjektiivinen taloudellinen tilanne
Asuinympäristöä kuvaavat muuttujat	asuinpaikka, asumismuoto
Palvelujen käyttö	mitä kotihoidon palvelua on käyttänyt ja kuinka kauan

Vastausprosentti oli 50,3 (n=1054). Vastausprosentti on korkea, kun otetaan huomioon vastaajien korkea ikä ja heikentynyt toimintakyky. Kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 84,6 vuotta, Pieksämäellä 84 ja Itä-Savon sairaanhoitopiirissä 84,1 ja Hämeenlinnassa 85,8 vuotta. Vastaajista 85-vuotiaita tai sitä vanhempia oli 55 %. Ikä on huomioitu vuoden 2014 mukaan. Kaksi kolmasosaa vastaajista oli naisia. Suurin osa vastaajista asui yksin, puolison kanssa asui noin joka viides, ja lasten tai jonkun muun kanssa asuvia oli vain noin neljä prosenttia vastaajista. Vastaajista enemmistö asui taajama-alueella ja vain noin viidesosa haja-asutusalueella. Ikään-tymisestä huolimatta vastaajista kaksi kolmasosaa asui omassa asunnossa. Vain noin joka kymmenes asui vanhusten vuokra-asunnossa. Vastaajista yli 80 %:lla oli elossa olevia lapsia. Yli puolet vastaajista totesi, että sukulaisten tai ystävien apu vaikuttaa merkittävästi heidän kotona selviytymiseen. Huolimatta siitä, että suurimmalla osalla vastaajista on ammatillinen tai sitä alempi koulutustaso, heistä noin kahdeksan kymmenestä vastasi kokevan-

sa, että heillä on riittävä toimeentulo tarpeisiinsa nähden. Kaksi kolmasosaa vastaajista on sitä mieltä, että he ovat saaneet riittävästi tietoa kotihoidon palveluista. (Liite 1.)

Valinnanvapauden merkitystä palvelujen vaikuttavuuteen selvitettiin regressioanalyysillä (multivariable regression). Regressiomalli rakennettiin niin, että ensimmäisessä vaiheessa tarkasteltiin perusmallia, joka perustuu oletukseen, että ikääntymisen tuomat tarpeet vaikuttavat elämänlaatuun. Perusmalliin valittiin selittäjäksi muiden paitsi valinnanvapautta selittävien muuttujien joukosta ne muuttujat, joita vaikuttavuuden selittäjinä käytettäessä saadaan aineistoon sovitetulle mallille korkein korjattu selitysaste (Adjusted R²). Toisessa vaiheessa mallia laajennettiin toisen oletuksen mukaan niin, että perusmalliin huomioitiin valinnanvapausmuuttujat. Tässä mallissa tarkasteltiin valinnanvapauden yhteyttä vaikuttavuuteen ja myös sitä, miten aikaisemmin perusmallissa tarkasteltujen muuttujien yhteys vaikuttavuuteen muuttuu, kun mukaan huomioidaan valinnanvapausmuuttujat. Mallin muuttujia valittaessa on käytetty korjattua selitysastetta, koska mallin halutaan sopivan hyvin käytettyyn aineistoon. Mallit on sovitettu siihen osaan aineistoa, josta ei puuttunut vastauksia kyselylomakkeen kysymyksestä: ”Haluaisitko itse vaikuttaa saamiisi kotihoidon palveluihin?” Malleissa mukana olevissa selittävissä muuttujissa ainoastaan ikä on jatkuva muuttuja. Muut selittävät muuttujat ovat kategorisia. Useamman kategorian muuttujista yhdistettiin luokkia keskenään. Tällä vähennetään malleihin tulevien selittäjien suuresta määrästä seuraavia ongelmia ja toisaalta tämä parantaa muuttujien laatua vaikuttavuuden selittäjänä.

Kysymyslomakkeen kysymysten (koskien koulutusta, lapsia, ja asumista) vastausmuodot sisälsivät useampia kategorioita. Osa näistä kategoristen muuttujien vastauksista osoittautui merkitseväksi, osa ei. Kattegoria, joka ei osoittautunut merkitseväksi, yhdistettiin muihin kategorioihin. Koulutus-kysymyksen vastaus sisälsi alun perin seitsemän eri kategoriaa. Tämä muutettiin muotoihin ”ammattikoulu tai sitä alempi koulutus” ja ”ammattikorkeakoulu tai sitä ylempi koulutus”. Onko lapsia -kysymyksen vastausvaihtoehdot ”ei ole”, ”on 1-2 lasta” ja ”on 3 lasta tai enemmän” muutettiin muotoihin ”on lapsia” ja ”ei ole lapsia”. Kenen kanssa asuu -kysymyksen vastausvaihtoehtoina olivat ”yksin”, ”puolison kanssa”, ”lasten kanssa” tai ”jonkun muun kanssa”. Tämä muutettiin muotoihin ”asuu yksin” ja ”asuu jonkun kanssa”. Kunkin kategorisen muuttujan kategorioista

yhtä käytetään kertoimia laskettaessa vertailukohtana toisille kategorioille. Näissä malleissa vertailukohtana on kaikissa malleissa kunkin kysymyksen ensimmäinen vastausvaihtoehto. Asumismuotoa koskevassa kysymyksessä vastauksen ”vanhusten vuokra-asunto” kontrastina ovat vaihtoehdot ”oma asunto” ja ”vuokra-asunto”. Palveluja ja palvelujen käyttöaikaa koskevat muuttujat yhdistettiin, koska ne antoivat saman informaation. Palvelujen käyttöaika oli jaettu neljään kategoriaan: ”on käyttänyt palvelua 1–3 kuukautta”, ”4–6 kuukautta”, ”7–12 kuukautta” tai ”on käyttänyt palvelua yli vuoden”.

Molempien mallien residuaalit ovat verraten hyvin normaalisti jakautuneita. Tosin positiiviseen suuntaan on jonkin verran suurempia poikkeamia. Tämä ei kuitenkaan vaikuta mallien kertoimista ja korjatuihin selityssasteista tehtäviin päätelmiin. Virhetermien homoskedastisuutta testattiin Breusch-Pagan testillä. Saadun tuloksen mukaan molemmissa malleissa virhetermin varianssi ei ole vakio. Heteroskedastisuus ei vaikuta mallien kertoimista tai korjatuihin selityssasteista tehtäviin päätelmiin, mutta sillä on vaikutusta mallien kertoimille ja koko mallille tehtäviin merkitsevyystesteihin. Tämän vuoksi kummallekin mallille on käytetty koko mallin merkitsevyyttä testaavassa Waldin testissä Whiten heteroskedastisuus-korjattua kovarianssimatriisia ja kerrointen merkitsevyystesteissä Whiten heteroskedastisuus-korjattuun kovarianssimatriisiin perustuvia Whiten heteroskedastisuus-korjattuja keskivirheitä.

VIF (variance inflation factor) on laskettu mallien selittäjälle ikä, ja GVIF (generalized variance inflation factor) kullekin kategoriselle selittäjälle sen toteamiseksi, että selittäjien välillä ei ole häiritsevästi kollineaarisuutta. Koska kertoimilla ei ole yli neljän arvoa, ei mallien selittäjien välillä ole merkitsevää tilastollista riippuvuutta.

4 TULOKSET

A SCOT-mittariin sisältyvien kysymysten määrä ja kysymysten muoto osoittautui haasteeksi vastaajille. Kaikista vastanneista vain 517 vastaajan kyselylomake oli täytetty niin kattavasti, että ne pystyttiin ottamaan tarkasteluun mukaan sellaisenaan. Elämänlaadun osatekijöissä oli puuttuvia havaintoja, joita pyrittiin imputoimaan elämänlaadun arvon laskemiseksi. Puuttuvat havainnot korvattiin mallilla lasketuilla ennusteilla. Käytetyksi aineistoksi valittiin se aineisto, johon sovelletun mallin kertoimet parhaiten vastasivat kaikkien sovitettujen mallien vastaavista kertoimista lasketua keskiarvoa. Elämänlaadun muutos (SCRQoLgain) keskiarvo kaikkien vastaajien joukossa on 0,17. (taulukko 7). Kaupunkien välillä oli eroja ja alhaisimman ja korkeimman SCRQoLgainin keskiarvon ero on merkitsevä (Kruskal-Wallis $p < 0,05$).

TAULUKKO 7. Elämänlaadun muutos, SCRQoLgain

	N	Ka	Mediaani	Std. Error of Mean
Hämeenlinna	216	0.15	0.10	0.013
Pieksämäki	112	0.18	0.14	0.018
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	189	0.20	0.16	0.015
Total	517	0.17	0.12	0.009

Kolmasosa vastaajista on saanut valita ajan, jolloin hoitaja käy kotona (taulukko 8). Lähes yhtä paljon valinnanvapautta koettiin mahdollisuudessa valita päivä, jolloin saadaan siivousapua. Heikoimmin valinnanvapaus toteutui mahdollisuudessa valita omahoitaja. Kaupunkien välillä oli eroja eri vaihtoehtojen välillä. Kaiken kaikkiaan kaksi kolmasosaa vastaajista koki saaneensa valita ainakin yhden esitetyistä vaihtoehtoista. Sama määrä vastaajia haluaisi itse vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Vastaajista noin joka

neljäs kuitenkin oli sitä mieltä, että ei halua itse vaikuttaa saamiinsa palveluihin.

TAULUKKO 8. Vastaajien kokemus mahdollisuudesta valita palveluja

		Kaikki (n=1054) %	Pieksämäki (n=233) %	Hämeen- linna (n=486) %	Itä-Savon sairaanhoidopiiri (n=335) %
Oletko saanut valita	“omahoitajan”?	14	19	13	11
	ajan, jolloin hoitaja käy?	34	33	33	41
	päivän, jolloin siivotaan?	31	37	30	30
	haluamasi ruuan?	20	17	22	20
	ainakin yhden ylläolevista vaihtoehdoista?	63	64	61	67
Haluaisitko itse vaikuttaa saamiisi kotihoidon palveluihin?	kyllä	62	57	64	65
	ei	24	30	21	24
	NA	14	13	15	11

Perusmallissa (taulukko 9) mukaan otettiin aikaisemmasta kirjallisuudesta esiin tulleet ikääntymiseen liittyvät tarvetekijät – toimintakykyä kuvaavat muuttujat – sekä taustamuuttujat. Perusmalliin valikoitui mukaan 15 muuttujaa. Mallin korjattu selitysaste on näillä muuttujilla 15,4 %.

TAULUKKO 9. Perusmalli, ikääntymisen tuomat tarvetekijät ja taustamuuttujat

Perusmalli	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	-0,148	0,087	-1,695	0,090.
Ikä	0,002	0,001	2,460	0,014*
Koulutus ammattikorkeakoulu tai ylempi	-0,027	0,017	-1,566	0,118
Vanhusten vuokra-asunto	0,026	0,022	1,221	0,224
On lapsia	-0,039	0,019	-2,039	0,042*
Asuu jonkun kanssa	-0,019	0,016	-1,182	0,238
Saa riittävästi tietoa kotihoidon palveluista	0,016	0,016	1,005	0,315
Sukulaisten tai ystävien apu vaikuttaa kotona selviytymiseen, vähän tai ei lainkaan	0,027	0,014	1,967	0,050*
Selviää saamiensa kotihoidon palvelujen avulla	0,057	0,017	3,304	0,001***

Liikuntakyky, merkittävät ongelmat	-0,026	0,020	-1,264	0,206
Kyky huolehtia itsestään, ongelmia jonkin verran	0,056	0,016	3,460	0,001***
Kyky huolehtia itsestään, merkittävä ongelma	0,128	0,028	4,508	0,000***
Tavanomaiset toiminnot, ongelmia jonkin verran tai merkittävästi	0,032	0,017	1,928	0,054.
Kotipalvelu, alle 12 kuukautta	0,041	0,020	2,066	0,039*
Kotipalvelu, kauemmin kuin 12 kuukautta	0,079	0,016	4,844	0,000***
Ateriapalvelu, 4 kuukautta tai kauemmin	0,053	0,014	3,620	0,000***
Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1				
Multiple R-squared: 0.1682				
Adjusted R-squared: 0.1543				

Tarkasteltavista muuttujista yhdeksällä muuttujalla oli merkitsevä yhteys palvelujen vaikuttavuuteen. Vahvin yhteys oli palvelujen käytöllä. Tätä koskevilla muuttujilla eli koti- ja ateriapalvelujen käytöllä oli merkitsevä yhteys. Toinen vahva muuttujaryhmä, jolla oli merkitsevä yhteys palvelujen vaikuttavuuteen, oli ikääntymiseen liittyvät tarvetekijät. EQ-5D-mittarin viidestä ulottuvuudesta selvin yhteys oli kyvyllä huolehtia omasta itsestään ja kyvyllä selvittää tavanomaisista toiminnoista. Vastaajat, joilla oli ongelmia näissä molemmissa ulottuvuuksissa, kokivat elämänlaadunsa paremmaksi palvelua saadessa kuin mitä se olisi ilman palvelua. Näiden muuttujien lisäksi yhteys palvelujen vaikuttavuuteen oli iällä ja tilanteessa, jossa sukulaiset tai ystävät auttoivat vain vähän tai ei lainkaan. Merkitsevä negatiivinen yhteys palvelujen vaikuttavuuteen oli silloin, kun vastaajalla oli lapsia.

Perusmalli laajennettiin ottamalla siihen sisältyvien muuttujien mukaan valinnanvapautta koskevat muuttujat (taulukko 10). Laajennettuun malliin valikoitui mukaan 20 muuttujaa. Tämä määrä sisälsi viisi valinnanvapausmuuttujaa, jotka pakotettiin jäämään malliin. Tämä uusi malli selitti 17,4 % elämänlaadun muutoksesta. Valinnanvapausmuuttujien tuominen malliin nosti korjattua selitysasetta 2 %. Viidestä valinnanvapausmuuttujasta kolmella oli merkitsevä yhteys palvelujen vaikuttavuuteen. Selvin yhteys oli mahdollisuudella valita haluamansa ruoka. Muut kaksi olivat mahdollisuus valita aika, jolloin hoitaja käy kotona ja mahdollisuus valita päivä, jolloin siivotaan. Tarvemuuttujista, joilla oli yhteys palvelujen vai-

kuttavuuteen, merkitsevinä muuttujina olivat kyky huolehtia itsestään, ongelmia jonkun verran ja merkittävä ongelma. Koti- ja ateriapalvelujen käytöajalla oli merkitsevä yhteys palvelujen vaikuttavuuteen. Mallissa muut palvelujen vaikuttavuutta selittävät merkitsevät muuttujat olivat sukulaiset tai ystävät auttavat vain vähän tai ei lainkaan ja kokee selviävänsä saamiensa kotihoidon palvelujen avulla. Palvelujen vaikuttavuutta vähentävä muuttuja oli vastaajan lapset, kuten perusmallissakin, mutta lisänä tähän malliin negatiivisena tekijänä mukaan tuli muuttuja koulutustaso. Koulutustason oltua ammattikorkeakoulu tai sitä ylempi palvelujen vaikuttavuus väheni. Mahdollisuudella valita omahoitaja ei ollut merkitsevää yhteyttä palvelujen vaikuttavuuteen.

TAULUKKO 10. Laajennettu malli, ikääntymisen tuomat tarvetekijät, taustamuuttujat ja vastaajan kokema mahdollisuus valita palveluja

Laajennettu malli	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	-0,105	0,085	-1,2343	0,217
Haluaisitko itse vaikuttaa saamiisi palveluihin	-0,017	0,015	-1,1724	0,241
On saanut valita "omahoitajan"	0,017	0,019	0,9012	0,368
On saanut valita ajan, jolloin hoitaja käy	0,029	0,015	1,9973	0,046*
On saanut valita päivän, jolloin siivotaan	0,033	0,014	2,4273	0,015*
On saanut valita haluamansa ruuan	0,045	0,016	2,7606	0,006**
Ikä	0,002	0,001	2,0104	0,045*
Koulutus ammattikorkeakoulu tai ylempi	-0,037	0,017	-2,1516	0,032*
Vanhusten vuokra-asunto	0,031	0,021	1,4638	0,144
On lapsia	-0,039	0,019	-2,0828	0,038*
Asuu jonkun kanssa	-0,020	0,016	-1,2419	0,215
Saa riittävästi tietoa kotihoidon palveluista	0,004	0,016	0,2677	0,789
Sukulaisten tai ystävien apu vaikuttaa kotona selviytymiseen, vähän tai ei lainkaan	0,023	0,014	1,6862	0,092
Selviää saamiensa kotihoidon palvelujen avulla	0,048	0,017	2,7873	0,005**
Liikuntakyky, merkittävät ongelmat	-0,023	0,020	-1,1556	0,248
Kyky huolehtia itsestään, ongelmia jonkin verran	0,051	0,016	3,2358	0,001***
Kyky huolehtia itsestään, merkittävä ongelma	0,128	0,028	4,508	0,000***
Tavanomaiset toiminnot, ongelmia jonkin verran tai merkittävästi	0,026	0,017	1,5689	0,117
Kotipalvelu, alle 12 kuukautta	0,040	0,020	2,0128	0,044*

Kotipalvelu, kauemmin kuin 12 kuukautta	0,075	0,017	4,5185	0,000***
Ateriapalvelu, 4 kuukautta tai kauemmin	0,052	0,014	3,6432	0,000***
Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1				
Multiple R-squared: 0.1916				
Adjusted R-squared: 0.1735				

Valinnanvapausmuuttujien lisääminen perusmalliin vaikutti hyvin vähän tarve- ja palvelujen käyttöön liittyvien muuttujien yhteyteen palvelun vaikuttavuuteen. Perusmallissa merkitsevinä tekijänä mukana olleet palvelun käyttöaikaa koskeneet muuttujat pysyivät laajennetussa mallissa myös erittäin merkitsevinä palvelujen vaikuttavuuteen liittyvinä tekijöinä.

Koska korjattu selitysaste on laajennetussa mallissa korkeampi kuin perusmallissa, valinnanvapaus muuttujilla on yhteys palvelujen vaikuttavuuteen. Kertoimien perusteella näyttäisi siltä, että jokainen valinnanvapauteen liittyvä väittäjä, jonka vastaaja on ilmoittanut saavansa valita, on yhteydessä vastaajan korkeampaan SCRQoLgainiin. Molemmat mallit ovat merkitseviä ja analyysit kykenevät selittämään palvelujen vaikuttavuutta kohtalaisen hyvin. Regressiomallien korjattuja selitysosuuksia voidaan pitää tällaisessa tutkimuksessa kohtuullisena.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää valinnanvapauden merkitystä julkisen kotihoidon palvelun vaikuttavuuteen. Tutkimuskysymykset olivat: 1) mikä on asiakkaan oma käsitys hänen mahdollisuudesta valita kotihoidon palveluja 2) mikä on valinnanvapauden merkitys kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen.

Yli puolet vastaajista vastasi haluavansa vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Kuitenkin vain noin kolmasosa vastaajista oli saanut valita hoitajan käyntiajan tai päivän, jolloin siivotaan ja vain viidesosa haluamansa ruuan. Kotiin annettava apu tulisi tarjota niin, että se tukee ikääntyneen itsenäisyyttä ja mahdollistaa valinnanvapauden palvelujen suhteen. Monilla ikääntyneillä tulee eteen jossain vaiheessa se tilanne, että kotona selviytymiseen tarvitaan ulkopuolista apua. Tämä apu voidaan kokea uhkana itsenäiselle elämälle, ja se voi olla este omien preferenssien toteutumiselle. Tilanteessa, jossa tarvitaan ulkopuolista apua, ikääntynyt ei pysty aina toimimaan omien preferenssiensä mukaisesti. Ikääntyneen mahdollisuus päättää omista asioista supistuu, ja ne asiat, jotka ovat vielä mahdollisia päättää, nousevat tärkeiksi tekijöiksi. Ikääntynyt tekee valintansa kuitenkin oman ymmärryksensä ja sen hetkisen tilanteensa mukaan, ja itsemääräämisoikeudesta halutaan pitää kiinni. Asiat, joista voi vielä päättää ja joiden suhteen halutaan valinnanvapauden säilyvän, liittyvät vuosien kuluessa muotoutuneisiin tapoihin ja rutiineihin.

Valinnanvapaudella on merkitystä julkisen kotihoidon palvelujen vaikuttavuuteen. Saatu tulos on samansuuntainen aikaisempien valinnanvaputta koskevien tutkimustulosten mukaan (Duncan-Myers & Huebner 2000; Rabiee 2012; Tyrrel ym. 2006). Päivittäisiin toimiin liittyvistä valinnan-

vapausmuuttujista jokaisella on yhteys palvelujen vaikuttavuuteen ja niiden lisääminen kasvattaa mallin korjattua selitysasetta. Tämä vahvistaa jo aikaisemmista tutkimuksista saatuja tuloksia (Duncan-Myers & Huebner 2000; Boyle 2004; Beaumont, Kenealy & Murrell 2005, 7.) Huolimatta uudessa vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012) mainitusta osallisuudesta palvelua koskevaan päätöksentekoon, tutkimustuloksen mukaan palvelun saajissa on kuitenkin vielä suuri joukko niitä asiakkaita, jotka eivät ole kokeneet voivansa valita saamiaan palveluja. Merkitsevää saaduissa tuloksissa on se, että palvelujen vaikuttavuuteen on vahvin yhteys sillä, että saa valita haluamansa ruuan, mutta vain joka viides vastaajista koki saaneensa valita haluamansa ruuan. Tämä on hyvä esimerkki siitä, että julkisen kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua ja palvelujen vaikuttavuutta voidaan lisätä pienillä asioilla. Keskeisenä on ikääntyneen asiakkaan oman mielipiteen huomioiminen. Tämä on merkittävä tieto tilanteessa, jossa kotonan hoidettavien ikääntyneiden määrä lisääntyy koko ajan ja yhteiskunnan paineet tilanteesta selviytymiseen kasvavat.

Aikaisemmissa tutkimuksissa saadut tulokset elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä tulivat esiin tässäkin tutkimuksessa. Palvelujen vaikuttavuuteen liittyy merkitsevästi päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Vastaajat, joiden toimintakyvyn heikkeneminen rajoitti päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, kokivat saamansa palvelut vaikuttavammaksi kuin ne asiakkaat, jotka olivat parempikuntoisia. Iän tuomat terveyteen vaikuttavat fyysiset tekijät, jotka on myös todettu aikaisemmissa tutkimuksissa (Bowling 2007; Walker & Mollenkopf 2007; Vaarama ym. 2010) tulivat selvästi esille. Palvelun käyttöajan ja palvelujen vaikuttavuuden yhteys oli vahva. Tätä voidaan selittää tilanteeseen sopeutumisella.

Mielenkiintoinen tulos on myös se, että lähes neljäsosa vastaajista vastasi, että he eivät itse halua vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Tämä herättää kysymyksen, miksi näin on. Vastaajan toimintakyky ja kognitiiviset taidot ovat voineet heikentyä niin, että hänellä ei ole tahtoa eikä kykyä päättää asioista. Tähän voi liittyä myös epätietoisuus siitä, että jokaisella kotihoidon asiakkaalla on oikeus valinnanvapauteen, tai ainakin omien mielipiteiden ilmaisuun (Baxter & Glendinning 2008). Epätietoisuus saattaa kohdistua myös tarjottaviin palveluihin, mitä ne ovat ja mihin palveluihin asiakkaalla on oikeus. Ikääntyneen elämässä tapahtuu nopeita muutoksia, jotka vaikutta-

vat tarpeisiin, käyttäytymiseen ja asioiden ymmärtämiseen. Tästä syystä tiedon välittämisessä pitäisi olla erilaisia vaihtoehtoja, jotka ottavat huomioon asiakkaiden yksilölliset erot ja elämässä tapahtuvat muutokset (Tyrrel ym. 2006). Saatu tulos korostaa sitä, kuinka merkitsevä rooli palveluntarpeen arvioijalla on, kun kyse on asiakkaan elämänlaadusta.

Tutkimuksessa käytettyä ASCOT-mittaria kohtaan liittyy tietyt rajoitteet. Mittarista ei ole tehty suomalaiselle väestölle preferenssipainotuksia. Aikaisemmissa tutkimuksissa saatujen tulosten mukaan sosiaalipalvelut vaikuttavat elämänlaadun eri osa-alueisiin eri tavoin. Tässä tutkimuksessa ASCOT-mittarin vastaukset olivat samansuuntaiset. Toinen rajoite liittyy käytetyn mittarin käyttötapaan. Tämä tutkimus antaa jonkin verran näyttöä siitä, kuinka ASCOT-mittaria voidaan käyttää ikääntyneiden kanssa. Käytetty INT4-versio on tarkoitettu tehtäväksi haastattelemalla, jolloin kysymysten sisältöä voidaan tarvittaessa selventää vastaajalle. Vain noin puolet vastasi niin, että heidän antamistaan vastauksista voitiin arvioida palvelun vaikuttavuus. Version jatkokäytössä pitääkin ottaa huomioon se, kuinka kyselyn voi toteuttaa asiakkaan itse täytettävänä kyselynä. (Vrt. Malley ym. 2012.)

Tutkimuksen tuloksen arvoa nostaa se, että aineistoa saatiin kerättyä eri sosiaalihuollon palvelujen järjestämisalueilta, ja otoksessa oli mukana erikokoisia kaupunkeja. Sosiaalihuolto- ja kansanterveyslaeissa määritellyt julkisen kotihoidon järjestämistavat eroavat toisistaan, mikä tuli vastaan tässäkin tutkimuksessa. Tämä näkyy myös tutkimuksen tuloksissa. Palveluiden vaikuttavuudessa oli merkitsevä ero kaupunkien välillä. Samoin oli eroja siinä, kuinka asiakkaat kokevat mahdollisuutensa valita palveluja.

Valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus parantavat ikääntyneiden elämänlaatua ja parempi elämänlaatu lisää palvelujen vaikuttavuutta. Valinnanvapauden lisääminen hyödyntää sekä asiakkaita että palvelun tuottajia. Saatu tulos on merkittävä ajatellen tulevaisuuden sosiaalipalvelujärjestelmän suunnittelua. Nykyisen sosiaalipolitiikan yhtenä tavoitteena on löytää keinoja ikääntyneiden kotona selviämiseen mahdollisimman pitkään. Jos kotihoidon palvelujen vaikuttavuutta halutaan parantaa, sen lisäämiseksi on vahvistettava toimia ja rakenteita, joilla tuetaan asiakkaan valinnanvapautta palvelujen suhteen. Kotihoidon asiakkaan palvelusuunnitelmaa tehtäessä painopiste on palvelun tarpeessa, mutta asiakkaan omat toiveet tulee myös ottaa huomioon.

LÄHTEET

- American Association of Retired Persons 2000. Fixing to stay: A national survey of housing and home modification issues. Viitattu 4.2.2014 http://assets.aarp.org/rgcenter/il/home_mod.pdf.
- Babitsch, Birgit; Gohl, Daniela & von Lengerke, Thomas 2012. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine* 9.
- Baxter, K.; Glendinning, C. & Clarke, S. 2008. Making informed choices in social care: the importance of accessible information. *Health and Social Care in the Community* 16 (2), 197–207.
- Berglund, Helene; Dunér, Anna; Blomberg, Staffan & Kjellgren, Karin 2012. Care planning at home: a way to increase the influence of older people? *International Journal of Integrated Care* 12 (July–September), 1–12.
- Beaumont, Graham; Kenealy, Pamela & Murrell, Rachel 2005. Quality of Life (QoL) of the Healthy Elderly: Residential Setting and Social Comparison Processes. ESRC Full Research Report, L480254002. Swindon: ESRC.
- Blomgren, Jenni; Martikainen, Pekka; Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo 2008. Determinants of home-based formal help in community-dwelling older people in Finland. *European Journal of Ageing* 5 (4), 335–347.
- Bowling, Ann 1997. Measuring health: a review of quality of life. Measurement scales (second ed.) Buckingham: Open university press.
- Boyle, Geraldine 2004. Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health Social Care Community* 12 (3), 212–220.
- Callaghan, Lisa & Towers, Ann-Marie 2013. Feeling control: comparing older people's experiences in different care settings. *Ageing and Society* 34 (8), 1427–1451.
- Cherry, Russell 2007. What Do Older Women and Men Want? Gender Differences in the 'Lived Experience' of Ageing. *Current Sociology* 55 (2), 173–192.
- Diener, Ed & Seligman, Martin, E. P. 2002. Very happy people. *Psychological Science*, 13 (1), 81–84.
- Duncan-Myers, Audrey M. & Huebner, Ruth A. 2000. Relationship Between Choice and Quality of Life Among Residents in Long-Term-Care Facilities. *The American Journal of Occupational Therapy* 54 (5), 504–508.
- Easterlow, D. & Smith, S. J. 2004. Housing for health: can the market care? *Environment and Planning A* 36 (6), 999–1017.
- EuroQol Group i.a. EQ-5D. Viitattu 16.5.2014. <http://www.euroqol.org/>.
- Genet, Nadine; Boerma Winke GW.; Kringos, Dionne S.; Bouman, Ans; Francke, Anneke L.; Fagerström, Cecilia; Melchiorre, Maria Gabriella; Greco, Cosetta & Devillé, Walter 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research* 11 (August), 207–221.
- Glendinning, Caroline; Clarke, Susan; Hare Philippa; Maddison, Jane & Newbronner, Liz 2008. Progress and problems in developing outcomes-focused social care services for older people in England. *Health and Social Care in the Community* 16 (1), 54–63.
- Hammarström, Gunhild & Torres, Sandra 2010. Being, feeling and acting dependent and independent: a qualitative study of Swedish home-help care recipients' understandings. *Journal of aging studies* 24 (2), 75–87.

- Jakobsen, R. & Sørlie, V. 2010. Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics* 17 (3), 289–300.
- Janlöv, Ann-Christin; Rahm Hallberg, Ingalill & Petersson, Kerstin 2005. The experience of older people of entering into the phase of asking for public home help – a qualitative study. *International Journal of Social Welfare* 14(4), 326–336.
- Kansanterveyslaki 1972/66. 28.1.1972. Viitattu 05.05.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Kröger, Teppo 2003. Universalism in Social Care for Older People in Finland – Weak and Still Getting weaker. *Nordisk Sosialt Arbeid* 1, 30–34.
- Kröger, Teppo & Leinonen, Anu 2012. Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in the Community* 20 (3), 319–327.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. 28.12.2012. Viitattu 10.9.2013 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
- Lehtinen A. 2006. Rationaalisen valinnan teorian rakenne ja käyttäytymisoletukset. Teoksessa K. Rolin, M-L. Kaakkuri-Knuuttila & E. Henttonen (toim.) *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia*. Helsinki: Gaudeamus, 215–240.
- Liebel, Dianne V.; Friedman, Bruce; Watson, Nancy M. & Powers, Bethel A. 2009. Review: Review of Nurse Home Visiting Interventions for Community-Dwelling Older Persons With Existing Disability. *Medical Care Research and Review* 66 (2), 119–146.
- Linnosmaa, Ismo; Seppälä, Timo; Klavus, Jan; Oksanen, Tuija & Tallamaria, Maunu 2012. Tuloksia Helsingin kaupungin palveluseleleistä sekä tuottajien palvelusetelikokemuksista. Teoksessa Ismo Linnosmaa (toim.) *Palvelusetelit sosiaalipalveluissa. Raportti 53/2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 7–41. Viitattu 26.11.2013 <https://www.julkari.fi/handle/10024/90917>.
- Malley, Juliette N.; Towers, Ann-Marie; Netten, Ann P.; Brazier, John E.; Forder, Julien E. & Flynn, Terry. 2012. An Assessment of construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. *Health and Quality of life Outcomes* 10. Viitattu 14.6.2014 <http://www.hqlo.com/content/10/1/21>
- Mitzner, Tracy L.; Chen, Tiffany L.; Kemp Charles C. & Rogers, Wendy A. 2011. Older Adults' Needs for Assistance as a Function of Living Environment. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* 55 (1), 152–156.
- Netten, Ann 2011. Overview of outcome measurement for adults using social care services and support. *Methods Review* 6. London: NIHR School for Social Care Research.
- Netten, A.; Burge, P.; Malley, J.; Potoglou, D.; Towers, A.; Brazier, J.; Flynn, T.; Forder, J. & Wall, B. 2012. Outcomes of Social Care for Adults: Developing a Preference-Weighted Measure. *Health Technology Assessment* 16 (16), 1–165.
- Netten Ann, Beadle-Brown Julie, Caiels, James, Forder Julien, Malley Juliette, Smith Nick, Towers Ann-Marie, Trukeschitz Birgit, Welch Elizabeth and Windle Karen. 2011. *ASCOT Main guidance v2.1*. PSSRU Discussion Paper 2716/3.
- Netten Ann; Jones Karen; Knapp Martin; Fernandez Jose Luis; Challis David; Glendinning Caroline; Jacobs Sally; Manthorpe Jill, Moran Nicola, Stevens Marin & Wilberforce Mark 2012. Personalisation through Individual Budgets: Does It Work and for Whom? *British Journal of Social Work* 42, 1556–1573.
- Newbronner, Liz; Chamberlain, Ruth; Bosanquet, Kate; Bartlett, Chris; Sass, Bernd & Glendinning, Caroline 2011. Keeping personal budgets personal: learning from the experiences of older people, people with mental health problems and their carers. *Social*

- Care Institute for Excellence. Adults' services report 40. Viitattu 15.9.2014. <http://www.scie.org.uk/publications/reports/report40/files/report40.pdf>.
- Personal Social Services Research Unit i.a. Adult social care outcomes toolkit ASCOT. Viitattu 25.9.2013. <http://www.pssru.ac.uk/ascot/>.
- Rabiee, P. 2012. Exploring the Relationships between Choice and Independence: Experiences of disabled and Older People. *British Journal of Social Work* 43, 872–888.
- Rolss, Liz; Seymor, Jane E.; Froggatt, Katherine A. & Hanratty, Barbara 2010. Older people living alone at the end of life in the UK: Research and policy Challenges. *Palliative Medicine* 25 (6), 650–657.
- Schalock, R. L. 2004. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research* 48 (3), 203–216.
- Sefton, T.; Byford, S.; McDaid, D.; Hills, J. & Knapp, M. 2004. Taloudellinen arviointi sosiaalialalla. FinSoc arviointiraportteja 6/2004. Viitattu 26.01.2014 http://www.sosiaaliporssi.fi/File/b9d1d5b1-535b-4b79-aaeb-17d01897cb7f/taloudellinen_arviointi.pdf.
- Sintonen, Harri & Pekurinen, Markku 2006. Terveystaloustiede. Juva: WSOY.
- Smith, Nick i.a. Review of the Impact of Changing Social Care Eligibility Criteria. Viitattu 12.9.2013 http://www.dontcutusout.org.uk/wp-content/uploads/2012/10/Social-Care-Report-Appendix-1-_ASCOT_-FINAL.pdf.
- Sosiaalihuoltolaki 1982/710. 17.9.1982. Viitattu 15.6.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote 7.6. Viitattu 15.6.2014 <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/-/view/1258673>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Viitattu 13.1.2014 <http://www.stm.fi/>
- Suomen virallinen tilasto (SVT) 2012. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 21.7.2014 <http://www.stat.fi/til/vaenn/tie.html>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Viitattu 27.1.2014. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>.
- Thomé, Bibbi; Dykes, Anna-Karin & Rahm Hallberg, Ingalill 2003. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 12 (6), 860–872.
- Tyrrel, J.; Genin, N. & Myslinski, M. 2006. Freedom of choice and decision-making in health and social care: Views of older patients with early stage dementia and their carers. *Dementia* 5 (4), 479–502.
- Vaarama, Marja 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Vaarama, Marja & Kaitsaari, Tuula 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Matti Heikkilä & Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 120–148.
- Vaarama, Marja & Ollila, Kati 2008. Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 116–139.
- Vaarama, Marja & Pieper Richard (toim.) 2006. Managing integrated care for older persons. European perspectives and good practices. Stakes and European Health Management Association (EHMA). Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.

- Vaarama, Marja; Siljander, Eero; Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu 2010. 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi 2002. Kaksi skenaarioita vanhusten hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999–2030. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (4), 352–363.
- Vaarama, Marja & Ylönen, Lauri 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa –Asiakkaiden näkökulma. *Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti Osaraportti 1. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006*. Espoo: Espoon kaupunki ja Stakes.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010. Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 214. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto.
- Valtonen Hannu 1988. Rationaalisen kuluttajan käsite ja kustannus-hyötyajattelu terveystaloustieteessä. *Kuopion yliopiston julkaisuja, alkuperäistutkimukset 2/1987*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Walker, Alan & Mollenkopf, Heidrun 2007. International and multidisciplinary perspectives on quality of life in old age: Conceptual issues. Teoksessa Heidrun Mollenkopf & Alan Heidrun (eds.) *Quality of life in old age: international and multi-disciplinary issues*. New York, NY: Springer, 3–13.
- Wittenberg, Raphael & Clark, Michael 2013. *Adult Social Care: Summary of the Research Plans of the Department of Health Policy Research Units and the Commissioned Research of the NIHR School for Social Care Research*. London: Policy Innovation Research Unit.

LIITE 1. Tutkimuksessa tarkastellut muuttujat ja niiden jakaumat

	Kaikki n=1054	Pieksämäki n= 233	Hämeenlinna n=486	Itä-Savon sairaanhoidopiiri n= 335
Kaikki		22,1	46,1	31,8
Ikä %	65–74	9	9	11
	75–84	34	41	35
	85–	55	50	54
	NA	2	3	
Keski-ikä	84,6	84	85,4	84
Sukupuoli %	mies	30	30	31
	nainen	69	70	69
	NA	1	2	
Siviilisäätö %	naimaton	10	8	10
	naimisissa	21	25	18
	avoliitossa	1	3	2
	eronnut	9	10	9
	leski	56	52	58
	NA	3	2	3
Korkein koulutus %	ammattillinen tai sitä alempi	83	88	85
	opistoaste tai sitä ylempi	13	9	11
	NA	4	3	4
Asuinpaikka %	taajama	73	73	77
	haja- asutusalue	18	19	14
	NA	9	8	9
Asumismuoto %	oma asunto	67	70	66
	vuokra- asunto	17	16	18
	vanhusten vuokra- asunto	11	11	12
	NA	5	3	4
Onko lapsia %	on	81	79	79
	ei	16	17	17
	NA	3	4	4
Asuu %	yksin	72	72	74
	jonkun kanssa	23	26	22

Saa riittävästi tietoa palveluista %	NA	5	2	4	4
	kyllä	64	65	60	70
	ei	29	28	30	25
Kotona selviytymiseen vaikuttaa sukulaisten tai ystävien apu %	NA	7	7	10	5
	merkittävästi	56	52	60	53
	vähän	27	29	27	27
	ei lainkaan	12	15	8	15
Pärjää saamiensa palvelujen avulla %	NA	5	4	5	5
	kyllä	58	60	52	67
	ei	14	12	15	13
		28	28	33	20

Marjo Pulliainen, Aija Kettunen, Marina Steffansson ja Elisa Rissanen

III IKÄIHMISTEN PERHEHOIDON JA KUSTANNUSTEN TARKASTELUA

*Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystalouden
tutkimus- ja kehittämispalvelut.*

Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

Ikäihmisten perhehoidon ja kustannusten tarkastelu oli yksi osa Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet (PALMA) -hankkeen kokonaisuudesta. Tavoitteena oli tarkastella ikäihmisten perhehoitoa saatavilla olevan kirjallisuuden ja tiedon pohjalta, selvittää mahdollisia ikäihmisten perhehoidon kustannusten tarkastelutapoja ja lopuksi arvioida ikäihmisten perhehoidon edellytyksiä.

Asiasanat: ikäihmiset, perhehoito, kustannukset

1 IKÄIHMISTEN PERHEHOIDOSTA SAATAVA TIETO

Ikäihmisten perhehoidon tarkastelussa toteutettiin integroitu kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen tekniikka ja löydetty artikkelit on esitelty, jotta tarkemmin niihin tutustuva lukija voi niitä käydä läpi myös jatkossa sekä esimerkiksi hyödyntää omassa tiedonhaussaan. Muutamia katsauksen tuottamia tietoja esitellään tarkemmin. Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. (Flinkman & Salanterä 2007.) Aineistonhankintavaiheessa tietokannoiksi valittiin EBSCO, PubMed, Scopus ja Web of Science. Lisäksi julkaisuja haettiin Julkkari-tietokannasta. Edellä mainittujen lisäksi käytiin läpi mielekkäältä vaikuttavat julkaisut, jotka löytyivät muiden julkaisujen lähdeluetteloista tai muutoin Googlen avulla. Valittujen tietokantojen käyttö perustui testihakuihin, joilla kokeiltiin aluksi useiden tietokantojen soveltuvuutta aiheeseen.

Suomenkielisistä lähteistä tietoa etsittiin hakusanalla perhehoito, joka rajattiin koskemaan vanhuksia, ikääntyneitä tai ikäihmisiä. Englannin kielessä perhehoitoa kuvaavat Yhdysvalloissa käytössä olevat *adult foster care*, *foster care* ja *adult fostering*. Iso-Britanniassa perhehoitoa kuvaamaan on aikaisemmin käytetty termiä *adult placement* ja nykyisin käytetään termiä *shared lives*. Lopuksi lisähakuja tehtiin sanoilla *family model home*, *home plus*, *approved private service home*, *family care home*, *foster families* ja *foster homes*. Nämä sanat löytyivät kuvaamaan perhehoitoa aikaisemmin löytyneistä julkaisuista.

Perhehoitoa etsittiin laajasti eri asiasanoilla, sillä alan tutkimusta oli melko vähän, ja laaja asiasanasto mahdollisti tutustumisen eri tieteenalojen tutkimuksiin. Toiseksi hakumäärät olivat määrällisesti suhteellisen

käsiteltäviä. Tästä syystä kustannuksista ei tehty erillistä hakua rajaamaan tuloksia. Hakua pyrittiin tekemään laajasta hakutuloksesta pienempään määrään suuntautuvasti ja siksi rajauksia tehtiin hyvin harkiten. Määrällisesti tiedonhaussa löytyi tuloksia seuraavasti: EBSCO-tietokannasta 986, PubMed-tietokannasta 675, Scopus-tietokannasta 857 ja Web of Science -tietokannasta 344. Yhteensä artikkeleita näillä hakusanoilla löytyi 2862. Taulukossa 1 kuvataan tarkemmin käytetyt tietokannat, hakusanat ja löytyneiden julkaisujen määrät.

TAULUKKO 1. Aineistonhaun tietokannat, hakusanat ja löytyneet julkaisut

Tietokanta	Hakusanat	Tuloksia
EBSCO (valittuna kaikki tietokannat)	"adult foster car*" "shared li*" AND (elder* or old* or senior or age* or agi* or adult* or geriatric*) ("foster care") AND ("elderly p*" or "old* pe*" or "senior citi*" or age* or agi* or adult* or "grown-up*" or geriatric*) NOT (child* or youn* or you*) "adult placeme*" "adult foster*" "community residential care" or "community-residential care" "family care home*" "family living" AND (elder* or old* or senior or age* or agi* or adult* or geriatric*) NOT (child* or youn* or you*) "life sharing" "family model home*" "home plus" "approved private service home*" "family care home*" "foster fami*" AND (elder* or old* or senior or age* or agi* or adult* or geriatric*) NOT (child* or youn* or you*) "foster home*" AND (elder* or old* or senior or age* or agi* or adult* or geriatric*) NOT (child* or youn* or you*)	986 kpl
PubMed	"adult foster car*" shared li* "foster care" NOT (child* or youn* or you*) adult placeme* adult foster* "community residential care" or "community-residential care" family care home* "life sharing" "family living" "family model home" "home plus" approved private service home family care home* foster famil* (foster home*) NOT (child* or youn* or you*) AND (elder* or old* or senior or age* or agi* or adult* or geriatric*)	675 kpl

Scopus	"adult foster car*" "shared lives" NOT (child* or youn* or you*) "foster care" AND (elder* OR old* OR senior OR age* OR agi* OR adult* OR geriatric*) NOT (child* OR youn* OR you*) "adult placement" "adult foster*" "community residential care" OR "community-residential care" "family care home*" "life sharing" "family living" AND (elder* OR old* OR senior OR age* OR agi* OR adult* OR geriatric*) NOT (child* OR youn* OR you*) ("family model home*") "home plus" ("approved private service home*") ("family care home*") ("foster fami*") AND (elder* OR old* OR senior OR age* OR agi* OR adult* OR geriatric*) ("foster home*") AND (elder* OR old* OR senior OR age* OR agi* OR adult* OR geriatric*) AND NOT (child* OR youn* OR you*)	857 kpl
Web of Science	"adult foster car*" "shared lives" "foster care" NOT (child* or youn* or you*) AND ("elderly p*" or "old* pe*" or "senior citi*" or age* or agi* or adult* or "grown-up*" or geriatric) "adult placement" "adult foster*" ("community residential care" or "community-residential care") "family care home*" "life sharing" "family living" AND (elder* or old* or senior or age* or agi* or adult* or geriatric*) "family model home*" ("home plus") "approved private service home*" ("family care home*") ("foster fami*") AND (elder* OR old* OR senior OR age* OR agi* OR adult* OR geriatric*) NOT (child* or youn* or you*) ("foster home*") AND (elder* OR old* OR senior OR age* OR agi* OR adult* OR geriatric*) NOT (child* or youn* or you*)	344 kpl

Alkuhakujen jälkeen luotiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit julkaisuille, joiden avulla valittiin hakutuloksista mukaan tarkasteluun otettavat julkaisut. Nämä kriteerit on koottu taulukkoon 2. Julkaisujen tuli olla suomen- tai englanninkielisiä ja julkaistu vuodesta 1999 lähtien. Lisäksi julkaisun tuli kertoa suomalaiseseen perhehoitoon rinnastettavasta hoitomuodosta. Monissa julkaisuissa perhehoito oli yhdistetty isompaan kokonaisuuteen ilman perhehoidon tarkempaa tarkastelua, joten kyseisiä julkaisuja ei otettu mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Julkaisuista tarkempaan tarkasteluun

mukaan pääsivät vain kokonaan käyttöön saatavat julkaisut. Ainoan poikkeuksen kriteereiden osalta teki Dunklen tutkimus, joka oli vuodelta 1983. Kyseinen artikkeli otettiin mukaan, koska se tuotti näkökulmaa perhehoidon kehitykseen ajan kuluessa.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Suomen- ja englanninkieliset julkaisut.	Muut kuin suomen- ja englanninkieliset julkaisut.
Aiheeseen sopivat julkaisut, joissa puhuttiin aikuisten ja ikäihmisten perhehoidosta ja kustannuksista.	Aiheeseen sopimattomat julkaisut. Julkaisut, jotka käsittelevät lasten ja nuorten perhehoitoa.
Julkaisu oli saatavissa kokonaisuudessaan käyttöön.	Julkaisua ei saatu kokonaisuudessaan käyttöön.
Perhehoitoa kuvaavat julkaisut, jotka voidaan rinnastaa suomalaiseen perhehoitoon.	Perhehoitoa kuvaavat julkaisut, jotka eivät sovellu suomalaiseen perhehoitoon rinnastettavaksi. Perhehoitoa käsiteltiin vain yhtenä osana laajempaa kokonaisuutta.
Vuosina 1999–2014 tuotetut julkaisut.	Ennen vuotta 1999 julkaistut julkaisut.
Muodollista (ei omaisen järjestämää) perhehoitoa kuvaavat julkaisut.	Omaishoitoa kuvaavat julkaisut.

Lopulliseen tarkasteluun valikoitui näillä rajauksilla 17 artikkelia. Yhteenvetona voidaan todeta, että aineistoa löytyi niukasti ikäihmisten perhehoidosta. Erityisesti perhehoidon kustannuksista löytyi huomattavan vähän julkaisuja. Taulukossa 3 on esitelty tarkastellut julkaisut.

TAULUKKO 3. Tarkastellut perhehoidon kustannuksia käsittelevät julkaisut

Julkaisun nimi	Vuosi	Aihe
Bounden, Langmead & Harrison. Financial information for care managers. General 2011/2012.	2011	Perhehoito Iso-Britanniassa ja kuinka kustannuksia on arvioitu.
Dosman & Keating. Cheaper for whom? Cost experienced by formal caregivers in adult family living programs.	2008	Perhehoidon näkyvät ja piilokustannukset.
Dunkle. Adult foster care: Its tenuous position.	1983	Perhehoidon kustannusten laskutavat ja historia Yhdysvalloissa.
Fox. Cuts or putting people first? Having a life as well as making a saving.	2010	Perustietoa perhehoidosta ja sen järjestämiseen käytettävästä henkilökohtaisesta budjettijärjestelmästä.

Karikko & Selin-Hannola. Vanhusten perhehoidon käyttöönotto Tampereella – selvitys 2012, Väli-Suomen ikäkaste, Tampereen Pekka -hanke.	2012	Perhehoidon aloittamis- ja muiden kustannusten arviointi.
Kumpulainen. Kehitysvamma palvelut vuonna 2004.	2007	Kehitysvammaisten perhehoidon kustannuksia.
Kurki Marjatta. Laadukas perhehoito Kainuussa –hanke, Loppuraportti 2010.	2010	Perhehoidon korvausten ja vapaiden riittävyys ja perhehoitajien kokemukset perhehoidosta Kainuussa. Kehittämisedotuksia.
Mollica, Booth, Gray & Sims-Kastelein. Adult foster care: A resource for older adults.	2008	Perhehoitajalle maksettavien korvausten määräytymistavat Yhdysvalloissa.
Mollica, Simms-Kastelein, Cheek, Baldwin, Farnham, Reinhard & Accius. Building adult foster care: What states can do.	2009	Perhehoitajalle maksettavien korvausten määräytymistavat osavaltioittain Yhdysvalloissa.
Naaps. A Business case for shared lives.	2009	Perhehoidon taloudellinen arviointi tutkimus, sama kuin alla oleva laajennettuna Iso-Britanniassa.
Naaps. An evaluation of the quality, outcomes and cost-effectiveness of shared lives services in South East England.	2009	Perhehoidon taloudellinen ja laadullinen arviointitutkimus Iso-Britanniassa.
Roe. Illustrative cost models in learning disabilities social care provision.	2011	Perhehoidon vaihtoehtoisten kustannusten arviointitapojen esittely ja erikoistilanteiden korvausten määräytyminen.
Shared lives plus. Outsourcing shared lives – commissioners' guide.	2010	Perhehoidon yksikkökustannusten laskeminen.
Shared lives plus. Outsourcing shared lives – members' guide.	2010	Ohje perhehoitajalle arvioida eri kustannuseriään.
Shared lives plus. Shared lives / adult placement in Wales 2013.	2013	Perhehoidon kustannusten arviointi Walesissa.
Shared lives plus. The state of shared lives in England.	2014	Perhehoidon kilpailuttaminen ja perhehoitajalle maksettavan korvauksen sisältämät kuluerät.
Todd & Williams. Investing in shared lives.	2013	Perhehoidon kustannusten tutkimus Iso-Britanniassa.

Artikkeleissa painottuivat Englannista ja Yhdysvalloista olevat artikkelit. Muutama julkaisu löytyi Suomesta. Tieteellisiä tutkimusartikkeleita ei Suomesta juuri löydy.

Ammattikorkeakouluissa on tehty opinnäytetöitä, joissa on todettu perhehoidosta tarvittavan lisää tietoa. Maarit Toivanen on opinnäytetyössään

selvittänyt johtavien viranhaltijoiden ajatuksia vanhusten perhehoidosta toimeksiantosopimuksella Etelä-Pohjanmaalla. Viranhaltijat olivat kiinnostuneita vanhusten perhehoidosta, mutta perhehoito oli melko vierasta vielä; joko sitä ei ollut käytössä tai siitä ei oltu tietoisia. (Toivanen 2010.)

Alajärven, Pajulammen ja Simoskan opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda lisää tietoa ikääntyneiden perhehoidosta Länsi-Pohjan kuntiin ja saada vanhustyön viranhaltijat kiinnostumaan ikääntyneiden ihmisten perhehoidosta sekä laatimaan Länsi-Pohjan alueelle yhteiset toimintaohjeet. Pohjois-Suomessa ikäihmisten perhehoito todettiin melko tuntemattomaksi. Ikääntyneiden ihmisten perhehoito jakaa mielipiteitä ennakokuulojen ja tiedonpuutteen vuoksi. (Alajärvi, Pajulampi & Simoska 2013.)

1.1 Perhehoidon erityispiirteitä kansainvälisesti

Yhdysvalloissa on monia sanoja perhehoidolle. Siellä on myös eri osavaltioista riippuen erilaisia säädöksiä perhehoidon järjestämiselle. Perhehoito voi tarkoittaa asumista samassa taloudessa perhehoitajan kanssa (kuten Suomessa) tai esimerkiksi asumista yhdessä jonkun muun kanssa vuokratussa asunnossa, ja perhehoitaja voi asua lähellä asiakkaan naapurissa. (Wilson & Halcrow 2006, 11–50.) Perhehoitoa voidaan järjestää vammaisille ja ikäihmisille.

Yhdysvaltojen joissakin osavaltioissa perhehoitajan ei tarvitse hankkia lupaa ikäihmisten perhehoitajana toimimiseen, mikäli hän hoitaa vain yhtä tai kahta henkilöä, mutta useamman (3–6) hoitoon tarvitaan lupa. Perhehoitoa on pääosin kolmenlaista. Ensinnäkin on yksityisiä talouksia, jotka ovat aloittaneet perhehoitotoiminnan. Nämä perhekodit saavat asiakkaita mainonnan ja suullisesti leviävän tiedon avulla. Perhehoitaja voi saada maksun suoraan asiakkaalta tai valtiolta. Toinen perhehoidon järjestämismuoto on yritys, jossa yritys omistaa tai vuokraa asuntoa, jossa se järjestää perhehoitoa. Tällainen yritys voi olla sekä voittoa tavoitteleva että tavoittelematon. Yritys on vastuussa liiketoimestaan. Myös tällaisessa järjestelyssä perhehoitajat asuvat perhekodissa. Perhehoidosta asukas maksaa yritykselle. Kolmas vaihtoehto perhehoidon järjestämiseen on järjestöjen tukemat perhekodit. Tällöin perhehoitaja toimii itsenäisesti, mutta joissain asioissa hän tukeutuu järjestön apuun muun muassa ohjauksen ja koulutuksen osalta. Asiakas maksaa perhehoidosta järjestölle. Yhdysvalloissa yksityisten

talouksien järjestämät perhekodit ovat yleisin perhehoidon muoto, mutta viime aikoina yritysmallisten perhekotien määrä on kasvanut. (Mollica ym. 2009, 4–5.)

Yhdysvalloissa eri osavaltioissa on erilaiset koulutussuunnitelmat perhehoidolle ja perhehoitaja maksaa itse koulutuksiin osallistumisesta. Perhehoitajille Yhdysvalloissa suositellaan koulutettavan muun muassa ajan hallintaa, asiakkaan hoitosuunnitelman tekoa ja päivittämistä, tietoa ikään-tyneen perussairauksista ja niiden hoidosta, tietoa ravintosuosituksista, osaamista pienen yrityksen kirjanpidosta sekä tietoa ikäihmisten saamista etuuksista ja lakiasioista. (Mollica ym. 2009, 20–22.)

Joidenkin tutkimusten mukaan Yhdysvalloissa pääsyitä perhehoitajan perhehoidon aloittamiselle oli muun muassa kiinnostus auttaa ikäihmisiä, yksinäisyys, sukulaisen hoidon jälkeen siirtyminen perhehoitajaksi, työskentely perhekodissa aikaisemmin, sukulaisella tai ystävällä oli perhe koti, terveydenhuollon ammattilainen, joka päätti siirtyä perhehoitajaksi, työttömyys, halu työskennellä yrittäjänä ja halu lisätulolle (Mollica ym. 2009, 22).

Pohjois-Carolinan osavaltiossa Yhdysvalloissa perhehoitajan, joka hoitaa enintään seitsemää henkilöä eikä kukaan asukkaista ole korkean hoidon tarpeen asiakas, tulee saada 25 tuntia koulutusta ja läpäistä pätevyysarviointi. Mikäli perhehoitaja hoitaa korkean hoidon tarpeen asukkaita, nousee koulutuksen tuntimäärä 80 tuntiin. Perhehoitaja ei tarvitse tätä koulutusta, mikäli hänellä on jo valmiiksi jokin terveydenhuollon koulutus tai mikäli perhehoitoja on ollut vastaavanlaisissa tehtävissä vuoden verran viimeisen kolmen vuoden aikana. (North Carolina Institute of Medicine 2011, 59.)

Iso-Britanniassa on käytössä henkilökohtainen budjetointi, jolla sosiaalihuollon asiakkaalle luodaan lisää valinnanvapautta ja vaikutusmahdollisuuksia. Käytettäessä tällaista järjestelmää asiakas saa tietyn summan rahaa palveluihin ja päättää itse, millaisia palveluita hän haluaa käyttää. Asiakas voi valita erilaisia palvelukokonaisuuksia perinteisten palvelujen lisäksi. Henkilökohtainen budjetointi nojaa vahvasti uskomukseen, että henkilö itse tietää parhaiten, mikä hänelle sopii. Suomessa henkilökohtainen budjetointi on ollut kokeilussa pienellä ryhmällä kehitysvammaisia nuoria ja aikuisia. (Fox 2010, 7; Ahlström 2014.)

Englannissa perhehoitajat valikoituvat tehtäviin samaan tapaan kuin Suomessa. Usein perhehoidossa olevat ikäihmiset ovat sellaisessa toimintakunnossa, että perhehoitajat voivat käydä myös kodin ulkopuolella työ-

sä, varsinkin jos perhehoidon asiakkaita on yksi tai kaksi. Kuntien perhehoidosta asiakkaan maksaman maksun määrän määrittelee paikallinen viranomainen tai perhehoitaja itse. Maksu vaihtelee perhekodin sijainnin ja perhehoidossa asuvan asiakkaan hoidon tarpeen mukaan. Perhehoitajille maksetaan heidän ajastaan niin hoidon kuin kotityön osalta sekä asunnon käyttökuluista. (Shared lives plus 2014, 10.) Perhehoidon kustannukset koostuvat perhehoidon asukkaan asumismenoista, jotka asukas maksaa omista rahoistaan ja/tai tuistaan, sosiaalihuollon rahoittamasta osuudesta, jonka valtio maksaa perhehoitajalle, tai perhehoidon asukas maksaa henkilökohtaisesta budjetistaan sekä muista kuluista kuten matkustuskuluista (Shared lives plus 2010, 8).

2 IKÄIHMISTEN PERHEHOITO SUOMESSA

Ikäihmisten perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus perheenomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan. Perhehoitoa annetaan henkilölle, jonka hoitoa tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hyväksi käyttäen ja jonka ei katsota olevan laitoshuollon tarpeessa. (Sosiaalihuoltolaki 1982, 25. §.)

Syksyllä 2013 Perhehoitoliiton ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhteistyönä tekemän kyselyn mukaan perhehoidossa oli vuonna 2013 yhteensä noin 370 ikäihmistä. Heistä reilut 120 oli jatkuvassa perhehoidossa, ja vastaavasti lyhytaikaisessa hoidossa oli noin 250 ikäihmistä. Lyhytkestoista perhehoidon käyttöä ei ole aiemmin selvitetty valtakunnallisesti, eikä se kirjaudu vuosittain SOTKANettiin koottavaan tietokantaan. (Raija Leinonen, henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2014.) Ikäihmisten perhekotien lukumäärä on lisääntynyt 62 perhekodista 76 perhekotiin vuodesta 1994 vuoteen 2013. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.)

Perhehoitoliiton ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kyselyn mukaan vuonna 2013 perhehoito oli käytössä 47 kunnassa ja lähes 40 kunnassa oli aloitettu kehittämistyö perhehoidon käyttöön ottamiseksi. Vuonna 2010 ikäihmisten perhehoito oli käytössä alle 20 kunnassa. (Raija Leinonen, henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2014).

2.1 Ikäihmisten perhehoidon toiminta

Suomessa sosiaalihuoltolaki määrittää perhehoidon järjestämisen kuntien vastuulle (Sosiaalihuoltolaki 1982). Perhekodissa voidaan samanaikaisesti hoitaa neljää henkilöä yhden hoitajan toimesta, kun samassa taloudessa asuvat alle kouluikäiset lapset ja muut erityistä hoitoa tai huolenpitoa vaativat henkilöt on laskettu mukaan. Perhekodissa voidaan hoitaa samanaikaisesti enintään seitsemää henkilöä, jos perhekodissa annettavasta hoidosta, kasvatuksesta tai muusta huolenpidosta vastaa vähintään kaksi hoitopaikassa asuvaa henkilöä, joista ainakin toisella hoitopaikassa asuvista hoitotehtäviin osallistuvista henkilöistä on tehtävään soveltuva koulutus ja riittävä kokemus hoitotehtävistä. (Perhehoitajalaki 1992, 1. §.) Erityisestä syystä voidaan samanaikaisesti hoidettavien henkilöiden enimmäismääristä poiketa. Perhekodin tulee terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan olla siellä annettavalle hoidolle sopiva.

Perhehoitajasta säädetään perhehoitajalaissa (1992). Perhehoitajalla tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, joka hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan tai kuntayhtymän kanssa tekemänsä toimeksiantosopimuksen perusteella antaa kodissaan sosiaalihuoltolaissa (1982, 25. §) tarkoitettua perhehoitoa. Perhehoitajaksi voidaan hyväksyä henkilö, joka koulutuksensa, kokemuksensa tai henkilökohtaisten ominaisuuksiensa perusteella on sopiva antamaan perhehoitoa. Ennen toimeksiantosopimuksen tekemistä perhehoitajaksi aikovan henkilön on suoritettava tehtävän edellyttämä ennakkovalmennus. Erityisistä syistä ennakkovalmennus voidaan suorittaa vuoden kuluessa sijoituksen alkamisesta. Tässä laissa tarkoitetun toimeksiantosopimuksen tehnyt henkilö ei ole työsuhteessa sopimuksen tehneeseen kuntaan tai kuntayhtymään. (Perhehoitajalaki 1992, 1. §.) Perhehoitaja on oikeutettu vapaapäiviin jokaista kuukautta kohden, jolloin hän on hoitanut vähintään 14 vuorokautta perhehoidossa olevaan asiakasta. Perhehoitajan vapaiden aikana voidaan perhehoito järjestää sijaishoitona. (Perhehoitajalaki 1992.) Palkkion maksamisesta perhehoitajan vapaan ajalta sovitaan toimeksiantosopimuksessa. (Perhehoitajalaki 1992, 3. §.)

Suomessa perhehoitoa voidaan toteuttaa sekä ostopalvelu- että toimeksiantosopimuksella. Toimeksiantosopimuksella toteutettava perhehoitokoti on perhekoti ja hoitaja on perhehoitaja. (Kurki 2010, 1.)

Ikäihmisten toimeksiantosuhteinen perhehoito Suomessa on kunnan it-

sensä järjestämää sosiaalipalvelua. Perhehoitaja ei ole työsuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään, eikä hän ole yrittäjä, vaan toimii toimeksiantosopimuksella, eli perhehoitaja ja kunta tekevät jokaisesta perhehoitoon tulevas-ta ikäihmisestä toimeksiantosopimuksen. Yritysmuotoista eli niin sanottua ammatillista perhehoitoa ikäihmisille ei ole Suomessa tällä hetkellä tarjolla lukuun ottamatta yhtä yksittäistä perhekotia, joka toimii hyvin pienimuotoisesti muun hoiva-alan yritystoiminnan rinnalla. Yritysmuotoinen perhehoito on aluehallintovirastojen luvan ja valvonnan alaista. (Raija Leinonen, henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2014).

Kunnan ja perhehoitajan välisessä toimeksiantosopimuksessa tulee olla sovittuna ainakin seuraavat asiat: perhehoitajan palkkio; käynnistämiskorvaus; kulukorvaus ja asiakkaan erityistarpeista johtuvien kulujen määrä sekä niiden suorittaminen; hoidon kesto; perhehoidossa olevan asiakkaan oikeuksien, tukitoimien ja harrastustoiminnan järjestäminen; perhehoitajan vapaapäivien määrä, järjestäminen ja kustannukset; perhehoitajan valmennus, työnohjaus ja koulutus sekä toimeksiantosopimuksen purkaminen. Toimeksiantosopimus tarkistetaan tarvittaessa. (Perhehoitajalaki 1992.)

2.2 Perhehoidon asiakkaat

Kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012.)

Kunta myöntää sosiaalipalveluja yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Perhehoito on Suomessa sosiaalipalvelua ja siihen haetaan kunnan kautta. Perhehoidon aloitusta edeltää aina ikäihmisen palvelutarpeen arviointi. Muut perhehoidon tueksi tarvittavat palvelut määritellään palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelman teon yhteydessä. Perhehoitoon sijoittamispäätöstä ei voi tehdä ennen palvelutarpeen arviointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Palvelutarvetta arvioitaessa huomioidaan ikäihmisten tilanne mahdollisimman kattavasti ja palvelutarpeen arviointi on aina yksilöllinen tapahtuma, jossa voidaan käyttää apuna ikäihmisten toimintakyvyn mittaami-

seen soveltuvia mittareita. Henkilön toimintakykyä arvioidaan käyttämällä mittareita, keskustellen ja havainnoiden. Palvelutarpeen arviointi sisältää aina vähintään neljän ikäihmisen toimintakyvyn ulottuvuutta (fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen). Käytettäviä mittareita ovat esimerkiksi Mini Mental State -asteikko, jolla voidaan arvioida kognitiivista toimintakykyä ja RAVA™ -mittari, joka soveltuu yleisen toimintakyvyn arviointiin. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014a; 2014b.)

Perhehoitajan tulee käydä lakisääteinen ennakkovalmennus, ja kunnan tulee hyväksyä hänet perhehoitajaksi ja koti perhekodiksi. Tutustuttuaan perhehoitajaan ja perhekotiin ikäihminen voi päättää monesti yhdessä omaisten kanssa, haluaako perhehoitoon kyseiseen paikkaan. (Raija Leinonen, henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2014.)

Karikko ja Selin-Hannola (2012, 6) ovat esittäneet seuraavia kriteereitä ikäihmisten perhehoidon asiakkaille: alkava muistisairaus, turvattomuuden tunne kotona, sosiaalinen eristäytyminen on alkanut, hyvä kunto, kotitöistä avustettuna selviytyminen, aggressiivisuuden puute ja kyky nukkua yöt ilman jatkuvaa hoidon tarvetta.

2.3 Ikäihmisten perhehoidosta maksettavat korvaukset

Perhehoitajalla on oikeus saada hoidosta hoitopalkkio, jollei toimeksiantosopimuksessa ole toisin sovittu. Hoitopalkkiota maksetaan perhehoidossa olevaa henkilöä kohti kalenterikuukaudessa vähintään 650 euroa. Hoitopalkkio voidaan erityisestä syystä sopia maksettavaksi myös edellä mainittua vähimmäismäärää pienempänä. (Perhehoitajalaki 1992, 2. §.) Hoitopalkkion määrä on tarkistettava kalenterivuositain vuoden alusta elinkustannusindeksin (lokakuu 1951=100) edellisen vuoden lokakuun vuosimuutoksen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Hoitopalkkion määrä tarkistetaan kalenterivuositain työntekijän eläkelaisa (2006, 96. §) tarkoitetulla palkkakertoimella.

Perhehoidossa olevan henkilön hoidosta ja ylläpidosta aiheutuvista kustannuksista perhehoitajalle maksetaan todellisten kustannusten mukainen korvaus (kulukorvaus). Kulukorvauksen vähimmäismäärä on 1.1.2014 lukien 406,58 euroa perhehoidossa olevaa henkilöä kohti kuukaudessa. Kulukorvaus voidaan erityisestä syystä maksaa myös säädettyä vähimmäismäärää pienempänä. Kulukorvauksen tarkoituksena on korvata perhehoidossa

olevan henkilön ravinnosta, asumisesta, harrastuksista, henkilökohtaisista tarpeista ja muusta elatuksesta aiheutuvat tavanomaiset menot sekä ne tavanomaiset terveydenhuollon kustannukset, joita muun lainsäädännön nojalla ei korvata. Lisäksi voidaan korvata perhehoidossa olevan henkilön lomanvietosta johtuvat ja erityisten harrastusten tai harrastusvälineiden aiheuttamat ja muut jatkuvaluontoiset tai kertakaikkiset erityiset kustannukset. (Perhehoitajalaki 2006, 3. §.)

Hoidon käynnistämisestä aiheutuvista tarpeellisista kustannuksista perhehoitajalle maksettava korvaus (käynnistämiskorvaus) on 1.1.2014 lukien maksimissaan 2 887,51 euroa perhehoidossa olevaa henkilöä kohti. Korvausten määrät on tarkistettava kalenterivuositain elinkustannusindeksin mukaisesti. (Perhehoitajalaki 2006, 3. §.)

Suomessa hoitopalkkiot ovat nykyään pitkäaikaisessa perhehoidossa keskimäärin 900 euroa kuukaudessa asiakasta kohti (vaihtelu yleensä 850–1100 euroa/kk, muutamassa kunnassa alle 800 euroa). Lyhytkestoisessa perhehoidossa hoitopalkkiot vaihtelevat välillä 50–60 euroa asiakasta kohti vuorokaudessa. Kaikissa vuonna 2014 tehdyissä toimintaohjeissa, joita uusissa perhehoidon käynnistäneissä kunnissa on tehty, hoitopalkkioksi on määritetty 1100 euroa asiakasta kohti kuukaudessa. Kulukorvaukset ovat noin 500–600 euroa pitkäaikaisessa perhehoidossa ja lyhytaikaisessa noin 25 euroa asiakasta kohti vuorokaudessa (ks. taulukot 4 ja 5). (Raija Leinonen, henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2014.)

TAULUKKO 4. Esimerkkejä jatkuvan perhehoidon palkkioista ja kulukorvauksista 2014

Kunta	Palkkio €/asiakas/kk	Kulukorvaus €/asiakas/kk
Joensuu	804–1280	727
Kainuu (2013)*	793	728
Keski-Suomi (2012)*	847–1060 (3 luokkaa)	518
Kuusamo	1000	570
Oulu	1100	573
Pohjois-Savo	900	600
Raahe	1000	500
Suupohjan Ilky	756 + max 200	589
Tampere	1119	708
Utsjoki	800–1000	
Varsinais-Suomi	1045–1254	571

*indeksikorotukset 2013, 2014

TAULUKKO 5. Esimerkkejä lyhytaikaisen perhehoidon palkkioista ja kulukorvauksista 2014

Kunta	Palkkio €/asiakas/vrk	Kulukorvaus €/asiakas/vrk
Joensuu	47–60	22
Kainuu (2013)*	43	26
Kaakkois-Suomi (2011)*	60	20
Kuusamo	55	20
Oulu	57	19
Pohjois-Savo	60	25
Raahe	60	20
Suupohjan Ilky	43	28
Tampere	51	25
Utsjoki	50–60	
Varsinais-Suomi	52–65	21

*indeksikorotukset 2013, 2014

2.4 Ikäihmisten perhehoidon asiakasmaksut

Suomessa perhehoidosta asiakkaalta perittävä maksu voidaan periä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain pitkäaikaisesta laitoshoidosta perittävän maksun mukaan (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992). Asiakasmaksulain pitkäaikaisesta laitoshoidosta perittävä maksun suuruus määräytyy henkilön maksukyvyn mukaan. Maksu voi olla enintään 85 % asiakkaan kuukausituloista, ja vuoden 2014 alusta vähintään 105 euroa kuukausittain tulee jäädä asiakkaan käyttöön. Mikäli perhehoitoon sijoitettava on asunut yhteistaloudessa puolison kanssa ja sijoitettavan henkilön tulot ovat suuremmat kuin puolison, maksu suhteutetaan parin yhteisten tulojen mukaan niin, että maksu voi olla enintään 42,5 % yhteiskuukausituloista. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992.) Käyttövara tulee käyttää asiakkaan omien mieltymysten mukaan. Perhehoidossa asuva henkilö maksaa itse lääkekulunsa. (Karikko & Selin-Hannola 2012, 7.) Lääkekulujen jälkeen asiakkaalle tulee jäädä käyttövara, eli asiakasmaksujen määrittelyssä tulee ottaa huomioon asiakkaan lääkekulut. Kunnat ovat ottaneet viime vuosina käyttöön myös muunlaisia maksuperusteita. (Raija Leinonen, henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2014.)

3 IKÄIHMISTEN PERHEHOIDON KUSTANNUSTEN ARVIOINTITAPOJA

Kustannuksia voidaan määritellä eri tavoin, ja menetelmästä riippuen saadut tulokset ja tehdyt johtopäätökset voivat erota toisistaan. Taloustieteen kustannusten määrittelytavat eroavat kirjanpidossa käytetyistä. Taloustieteessä palveluiden käytön kustannukset muodostuvat palveluihin käytettyjen resurssien vaihtoehtoiskustannuksista. Tämä tarkoittaa sitä, että taloustieteen näkökulmasta palvelun kustannus on sen resurssien arvo parhaassa vaihtoehtoisessa käytössä. Kustannus kuvaa siis sitä hyötyä, joka on menetetty, kun parhaasta vaihtoehtoisesta resurssien käytöstä on luovuttu. (Kapiainen, Väisänen & Haula 2014; Drummond, Sculpher, Torrance, O'Brien & Stoddart 2005, 56–68.)

Kirjanpidossa kulu-käsite on erilainen kuin taloustieteen kustannusmääritelmä. Kirjanpidossa kulu on määritelmällisesti rajatumpi ja sitä käytetäänkin hyvin erilaisissa tilanteissa. Kirjanpidon kulu-käsitteessä palvelun kustannus määritellään sen mukaan, kuinka paljon siihen on sidottu varoja. (Kapiainen ym. 2014.)

Yksikkökustannuksella tarkoitetaan tiettyä yksikköä kohti laskettua kustannusta. Terveys- ja sosiaalipalveluiden käytöstä yhteiskunnalle aiheutuneita kustannuksia voidaan laskea palveluryhmittäin. (Kapiainen ym. 2014.) Ikäihmisten perhehoidosta ei ole saatavilla vuonna 2014 valmiiksi laskettuja ja hyväksyttyjä yksikkökustannuksia.

Seuraavaksi esitetään erilaisia tapoja esimerkkien avulla ikäihmisten perhehoidon kustannusten käsittelyyn ja arviointiin.

3.1 Vanhusten perhehoidon käyttöönotto Tampereella -selvitys 2012

Karikko ja Selin-Hannola (2012, 9–12) ovat arvioineet ikäihmisten pitkäaikaisia ja lyhytaikaisia kunnan kustannuksia esimerkkitapausten avulla laskemalla ne oletettujen hoitopalkkion ja kulukorvauksen määrillä sekä perhehoitajan lomien kuluilla. Kunnan saamat asiakasmaksut on arvioitu selvityksessä olettamalla perhehoitoon sijoitettavien asiakkaiden bruttotulot, joista nettotulojen avulla on arvioitu asiakasmaksujen määrät huomioimalla asiakkaille jäävä käyttöraha. Pitkäaikaisen perhehoidon maksut on arvioitu kuukautta kohti ja lyhytaikaisen perhehoidon maksut vuorokautta kohti.

Karikon ja Selin-Hannolan (2012) laskentatapaa käyttäen saadaan pitkäaikaiselle ikäihmisen perhehoidolle nettokustannukset. Käyttäen hoitopalkkiona 1100 euroa kuukaudessa, kulukorvauksena 700 euroa kuukaudessa ja perhehoitajan lomapäivien kustannuksina 150 euroa kuukaudessa (sisältää 3 lomapäivää kuukaudessa) saadaan kunnan bruttokustannuksiksi yhdestä pitkäaikaisesta perhehoidossa olevasta ikäihmisestä 23 400 euroa vuodessa. Asiakasmaksut vähentäen nettokustannukset kunnalle ovat 11 328 euroa vuodessa ilman käynnistämiskorvausten huomioimista. Kun laskelmaan otetaan mukaan käynnistämiskorvaus 2781 euroa (kertakorvaus asiakasta kohti), saadaan kunnan nettokustannukseksi 14109 euroa vuodessa. Asiakasmaksujen määrittelyssä on käytetty 1183 euron nettoeläkettä (brutto 1400 euroa), josta asiakasmaksu on 1006 euroa ja asiakkaalle jäävä käyttöosuus 177 euroa kuukaudessa. Neljän pitkäaikaisen asiakkaan perhekodin kunnan nettokustannuksiksi saadaan yhteensä 45312 euroa vuodessa (ilman käynnistämiskorvauksia). Jos oletetaan perhekodin käyttöasteeksi 75 %, saadaan neljän pitkäaikaisen asiakkaan kunnan nettokustannuksiksi 33984 euroa vuodessa.

Perhehoidon kunnan kustannuksissa ei ole arvioitu ja mukaan otettu kunnan työntekijöiden työpanoksesta aiheutuvia perhehoidon järjestämisestä aiheutuvia kuluja. Lisäksi laskettuihin kunnan maksamiin korvauksiin perhehoitajalle ei ole lisätty sivukuluja eli työnantajan sairausvakuutusmaksuja, työeläkemaksuja ja työttömyysvakuutusmaksuja.

3.2 Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä tehdyt laskelmat

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä on tehty laskelma taloushallinnon kanssa yhteistyössä perhehoidon vuorokausimaksun yksikköhinnasta. Laskelmissa suorite on ikäihmisten perhehoitopäivä. Ikäihmisten perhehoidon toimintaohjeissa on määriteltä perhehoidon asiakasmaksut sekä perhehoitajalle maksettavat hoitopalkkiot, kulukorvaukset ja käynnistämiskorvaus (taulukko 6). (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä i.a.)

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän johtokunta on hyväksynyt palvelujen tuotteistusperiaatteet, jotka määrittävät palveluiden kustannusten muodostumisen ja palveluille vyörytettävien yhteisten kustannusten jakoperusteet. Ikäihmisten perhehoidon henkilöstömenoista siirretään enintään 50 % (vuonna 2014 yhteensä 22 000 euroa) hoidon ja hoivan palvelualueen yhteisiin kuluihin ikäihmisten palvelukoordinaattorin toimenkuvan mukaisesti. Ikäihmisten perhehoidolle vyörytyy kaikille yhteisistä kustannuksista (sisäinen tukipalvelu ja hallinto) ja hoidon ja hoivan palvelualueen yhteisistä kustannuksista osuus toimintakulujen (brutto) suhteessa. Lisäksi röntgenin, laboratorion, keskusvaraston, lääkekeskuksen ja välinehuollon kustannukset jaetaan kyseisiä palveluja käyttäville yksiköille käytön mukaisessa suhteessa.

Kustannuslaskennassa on noudatettu muun muassa Kuntaliiton opasta Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille. (Tyni, Myllyntaus & Suorto 2012) Sen mukaisesti tuotehintalaskelmaan sisällytetään varsinaiset toiminnan tuotot ja kulut (tuotannontekijät). Laskennan ulkopuolelle jäävät valtiolta ja kunnilta saadut korvaukset, asiakaspalvelujen ostot kuntalaisille ja avustukset kotitalouksille. Laskennan ulkopuolelle jääviä tuottoja ja kuluja ei ikäihmisten perhehoidossa ole ollut. Syntyneet asiakaspalvelujen ostot (perhehoitajan hoitopalkkio) ja avustukset kotitalouksille (käynnistämiskorvaukset) ovat osa asiakkaan saamaa perhehoitopalvelua.

TAULUKKO 6. Tuotteistuslaskelma 2014 ikäihmisten perhehoidolle

Tuotteistuslaskelma 2014		
Maksutuotot	151 200	Perhehoidon (jatkuvan, lyhytaikaisen ja osavuorokautisen) asiakasmaksut.
Tuotot yhteensä	151 200	
Henkilöstökulut	– 48 121	Henkilöstömenoista siirretään enintään 50 % (vuonna 2014 siirretty yhteensä 22 000 euroa) hoidon ja hoivan palvelualueen yhteisiin kuluihin. Perhehoitajien KUEL-maksut ja tapaturmavakuutusmaksut
Asiakaspalvelujen ostot	– 170 600	Perhehoitajille maksettava hoitopalkkiot.
Muiden palvelujen ostot	– 133 500	Perhehoitajille maksettavat kulukorvaukset sekä korvaukset oman auton käytöstä ja matkakorvaukset. Asukassiirtojen kuljetuspalvelut sekä perhehoitajakoulutuksen kulut. Palvelukoordinaattorin monistus-, ilmoitus-, posti- ja puhelin-kulut, matka- ja majoituskulut yms.
Tarvikkeet	– 800	Palvelukoordinaattorin toimistotarvikkeet, ammattikirjallisuus yms. Hoitoaineet ja -tarvikkeet (käsidesit) perhekoteihin.
Avustukset	– 6 000	Perhehoitajalle maksettava käynnistämiskorvaus kaluste-, väline- tms. hankintoihin.
Muut kulut	– 2 552	Palvelukoordinaattorin työhuoneen vuokratulot ja muut toimintakulut.
Kulut yhteensä	– 361 573	
Sis. tukipalvelut ja hallinto	– 27 490	Osuus yhteisistä hallinto- ja tukipalvelukustannuksista toimintakulujen (brutto) suhteessa.
Hoito ja hoiva yht.	– 6 985	Osuus palvelualueen yhteisistä hallintokustannuksista toimintakulujen (brutto) suhteessa.
Röntgen	0	Röntgenin, laboratorion, keskusvaraston, lääkekeskuksen ja välinehuollon kustannukset jaetaan kyseisiä palveluja käyttäville yksiköille käytön mukaisessa suhteessa.
Laboratorio	0	
Keskusvarasto	– 158	
Lääkekeskus	0	
Välinehuolto	0	
Vyörytyserät yhteensä	– 34 633	
Suoritteet yhteensä	4 400	
Euroa/suorite	55,68	

Laskelmassa on saatu ikäihmisten perhehoitopäivän kustannukseksi 55,7 euroa $((361573+34633)-151200)/4400$. Tässä laskelmassa ovat mukana sekä pitkäaikainen että lyhytaikainen perhehoito. Maksutuotot määräytyvät asiakasmaksujen pohjalta ja näihin vaikuttavat asiakkaiden kuukausitulot. Laskelmat on tehty ottaen huomioon kulut kattavasti ja vyörytyserinä osuudet organisaation yhteisistä kuluista.

3.3 Esimerkki teoreettisesta perhehoidon kustannusten tarkastelusta

Taloustieteessä palveluiden käytön kustannuksia arvioidaan usein palveluihin käytettyjen resurssien avulla. Perhehoidon teoreettinen kustannusten määrittely lähtee palveluiden tuottamisen kustannusten määrittelystä. Palvelun tuottamiskustannukset määritellään annettavan palvelun kautta, eli mitä tarvitaan, jotta perhehoitoa voidaan antaa ja mitä kustannuksia tästä aiheutuu. Tällöin tarkastelukulma poikkeaa edellä esitettyjen perhehoidon kustannusten tarkastelusta. Tällä tavoin voidaan tutkia esimerkiksi, onko perhehoito taloudellisesti kannattavaa perhehoitajalle. Jos perhehoitajalle maksetut korvaukset eivät kata perhehoidon tuottamiskustannuksia tai taloudellinen hyöty jää pieneksi, voidaan arvioida perhehoidon taloudellista kannattavuutta perhehoitajalle.

Perhehoidon tuottamiskustannukset voidaan jakaa kolmeen pääryhmään: asumiseen liittyviin, henkilöstökuluihin ja muihin kuluihin. Henkilöstökulujen osalta käytetään määrittelyssä vaihtoehtoiskustannuksen logiikkaa. Vaihtoehtoiskustannus mittaa tietyn vaihtoehdon valinnasta syntyvää uhrausta, jota edustaa parhaasta menetetyistä vaihtoehdosta odotettavissa ollut hyöty. (Sintonen & Pekurinen 2006, 28.) Vaihtoehtoiskustannusta on käytetty esimerkiksi kotitaloustyön arvoa määriteltäessä (Posnett & Jan 1996, 13–23) ja omaishoitajan käyttämän työpanoksen arvottamisessa. Vaihtoehtoiskustannus on käytettävissä oleva menetelmä, joka arvottaa työnarvoa käyttäen tietoa esimerkiksi henkilön koulutustasosta tai iästä (van der Berg, Brouwer & Koopmanschap 2004, 36–45). Vaihtoehtoiskustannuksia käytettäessä voidaan arvottaa käytettyä aikaa suhteessa palkkatyöhön, työttömyyteen tai vapaa-aikaan (Palmer & Raftery 1999). Perhehoidon tuottamisen kustannusten laskennassa henkilöstökulut on määriteltä käyttäen perhehoitajan työpanosta kuvaavana vaihtoehtoiskustannuksena lähihoitajan palkkaa. Tämä valinta on tehty perhehoitajan ominaisuuksien pohjalta tiedostaen, ettei perhehoitajalta vaadita ammattitutkintoa.

Muina palvelun tuottamiskustannuksina on huomioitu elämään kuuluvat kulut, jotka liittyvät perhekodin toimintaan ja asiakkaiden elämään esimerkiksi harrastuksiin ja kuljetuksiin. (Brookes & Callaghan 2013; NAAPS & Improvement and efficiency South East 2009.) Näiden elämiseen liittyvien kustannusten arvioimisessa on käytetty tietoja tilastokes-

kuksen kotitalouksien eläkeläisten vuosittaisista kulutusmenoista. Yhteensä keskimääräiset eläkeläisten kulutusmenot vuodessa ovat 11359 euroa kattaen esimerkiksi erilaiset kulutustavarat ja harrastuskulut. Lähtökohtana on ajatus, että perhekodissa asuvien ikäihmisten elämään tulee myös kuulua tavalliseen elämään sisältyviä asioita, kuten kulutustavaroita, harrastuksia ja kulttuuria. Ottaen huomioon perhehoidon asiakkaiden oletetun toimintakyvyn heikkenemisen on laskennassa käytetty 25 %:n ja 50 %:n osuuksia eläkeläisten keskimääräisistä kulutusmenoista.

Palveluntuottamisen kustannuksissa 25 % eläkeläisten keskimääräisiä kulutusmenoja käyttäen, lähihoitajan vaihtoehtoiskustannusta käyttäen ja mittakaavaedut neljän asiakkaan hoidolle huomioon ottaen lakisääteillä korvauksilla perhehoitajan taloudellinen hyöty neljän asiakkaan hoidosta on 18129 euroa vuodessa ja esimerkkikunnan korvauksilla 34157 euroa vuodessa (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Ikäihmisen pitkäaikaisen perhehoidon tuottamisen kustannukset, korvaukset perhehoitajalle ja korvausten kattavuus

Palvelun tuottamiskustannukset	
Henkilökustannukset	
Lähihoitaja ¹	27496 €/vuosi
Asumiseen liittyvät kustannukset ²	2741 €/vuosi
Muut kustannukset	
25 % osuus kulutusmenoista ³	2840 €/vuosi
50 % osuus kulutusmenoista ⁴	5680 €/vuosi
Korvaukset perhehoitajalle yhteensä	
lakisääteiset ⁵	15689 €/asiakas 1. vuonna 12802 €/asiakas 2. vuodesta alkaen
esimerkkikunnan korvaukset ⁶	19494 €/asiakas 1. vuonna 16809 €/asiakas 2. vuodesta alkaen
Korvausten kattavuus palvelujen tuottamisen kustannuksista	
Neljän asiakkaan perhekodissa palveluntuottamisen kustannukset ⁷	49820 €/vuosi
• mittakaavaedut neljälle asiakkaalle laskettuna ⁸	33079 €/vuosi

Korvaukset perhehoitajalle neljästä asiakkaasta ilman käynnistyskorvauksia ⁹ <ul style="list-style-type: none"> • lakisääteiset • esimerkkikunnan korvaukset 	51208 €/vuosi 67236 €/vuosi
Neljän asiakkaan perhekodissa perhehoitajalle jäävä osuus ¹⁰ : palvelun tuottamiskustannukset – korvaukset <ul style="list-style-type: none"> • mittakaavaedut neljälle asiakkaalle huomioitu <ul style="list-style-type: none"> – lakisääteisillä korvauksilla – esimerkkikunnan korvauksilla 	18129 €/vuosi 34157 €/vuosi

- ¹⁾ Henkilökustannukset: lähihoitajan palkka 2785 €/kk, 33420 €/vuosi + 2031 € (loma-korvaus) – vero 7955 € = 27496 €/vuosi
Lähihoitajan kokonaispalkka, sisältää lisäkorvaukset. Lomakorvaus lähihoitajan perus-kuukausipalkkaa ilman lisiä. Palkkatuloista on vähennetty verot käyttäen hyväksi vero-prosenttilaskuria (<http://prosentti.vero.fi/VPL2013/Sivut/LaskennanTulos.aspx>), kun-tana käytetty Suomussalmella (<http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/kunta-tyonantajana/palkat-ammatit-ja-tutkinnot/Sivut/Palkat-ja-ammatit-2012.aspx>).
- ²⁾ Pinta-ala 20 m²/asiakas. Huone + osuus yhteisistä tiloista. Perustuu vanhustalouksien asumisväljyyteen = 2,1 huonetta. Kattaa oman huoneen ja osuuden yhteisistä tiloista. Tilastokeskus, kotitalouksien kulutus 2012. Asuntojen vuokrat, vapaarahoitteinen, 2 h. Suomen virallinen tilasto (SVT): Asuntojen vuokrat [verkkajulkaisu].SSN=1798-100X. 2012, Liitetaulukko 1. Keskimääräiset kuukausivuokrat (euroa/neliö) alueittain vuonna 2012, koko vuokra-asuntokanta. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 29.8.2014]. Saanti-tapa: http://www.stat.fi/til/asvu/2012/asvu_2012_2013-03-08_tau_001_fi.html.
- ³⁾ ja ⁴⁾ Perhehoidossa olevan ikäihmisen toimintakyvyn oletetaan olevan alentunut, joten käytetään laskelmassa 25 % ja 50 % eläkeläisten kulutusmenoista. Tilastokeskus, koti-talouksien kulutus 2012. Kulutusmenot eläkeläinen per vuosi. 25 % = 11359 €/vuosi * 0,25 = 2840 €/vuosi. 50 % = 11359 €/vuosi * 0,50 = 5680 €/vuosi.
- ⁵⁾ Lakisääteisesti maksettavat korvaukset: Hoitopalkkio 670 €/kk/asiakas, 8040 €/vuosi – vero 110 € = 7930 €/vuosi. Kulukorvaus 406 €/kk, 4872 €/vuosi. Käynnistämiskorvaus 2887 €/asiakas/1.vuosi * 1. lakisääteisesti maksettavat korvaukset yhteensä:
1. vuosi: 7930 + 4872 + 2887 = 15689 €/asiakas ja 2. vuodesta alkaen: 7930 + 4872 = 12802 €/asiakas.
- ⁶⁾ Esimerkkikunnan maksettavat korvaukset: hoitopalkkio 736 €/kk/asiakas, 8832 €/vuosi – vero 135 € = 8697 €/vuosi. Kulukorvaus 676 €/kk, 8112 €/vuosi. Käynnistämiskor-vaus 2685 €/asiakas/1.vuosi * 1. Esimerkkikunnan maksettavat korvaukset yhteensä:
1. vuosi: 8697 + 8112 + 2685 = 19494 €/asiakas ja 2. vuodesta alkaen: 8697 + 8112 = 16809 €/asiakas.
- ⁷⁾ Neljän asiakkaan perhekodin palveluntuottamisen kustannukset: 27498 + (4 * (2741 + 2840)) = 49820 €/vuosi.
- ⁸⁾ Mittakaavaedut neljälle asiakkaalle laskettu 75 %:n vähennyksenä asumisen ja muiden kulujen osalta: 27498 + (0,25 * (4 * (2741 + 2840))) = 33079.
- ⁹⁾ Korvaukset perhehoitajalle neljästä asiakkaasta ilman käynnistyskorvauksia: Lakisäätei-set 12802 * 4 = 51208 €/vuosi. Esimerkkikunnan korvaukset 16809 * 4 = 67236 €/vuosi.

¹⁰⁾ Neljän asiakkaan perhekodissa perhehoitajalle jäävä taloudellinen hyöty (= palvelun tuottamiskustannukset – korvaukset). Mittakaavaedut neljälle asiakkaalle huomioituna: Lakisääteisillä korvauksilla $51208 - 33079 = 18129$ €/vuosi, esimerkkikunnan korvauksilla $67236 - 33079 = 34157$ €/vuosi.



4 IKÄIHMISTEN PITKÄAIKAISEN PERHEHOIDON VERTAILUA MUIHIN PALVELUMUOTOIHIN

Ikäihmisten perhehoidon kustannusten vertailu muihin vaihtoehtoihin palveluihin on haasteellista, koska se edellyttää vertailtavien palveluiden kustannusten laskemista samoin menetelmin ja käytettävien tietojen. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannuksia voidaan käyttää eri palveluiden vertailuun, mutta ikäihmisten perhehoidon yksikkökustannuksia ei ole vielä saatavilla.

Kuntien sosiaalihuollon vanhuspalveluihin kuuluu useita erilaisia palveluita. Raja vanhus-, sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä on monin paikoin epämääräinen. Vanhuspalveluihin kuuluvat asumispalvelut laitoksissa, eritasoiset palveluasumisen muodot, kotihoito ja muut kotiin annettavat palvelut sekä muut tukipalvelut kuten kuljetuspalvelut ja ateriapalvelut. Tukipalvelut on usein osa kotihoitoa. Palveluntuottamistavat vaihtelevat kunnittain. Kapiainen ym. (2014) ovat arvioineet vanhuspalveluiden yksikkökustannuksia vuonna 2011 osana terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannuksia tarkastelevaa raporttia. Raportin vanhuspalveluiden yksikkökustannukset perustuivat kuuden suurimman kaupungin ns. Kuu-sikko-kuntien tietoihin ja osittain valtakunnallisiin tietoihin.

Taulukossa 8 on esitetty vanhushuollon yksikkökustannukset vuoden 2014 hintatasossa kunnan omana tuotantona. Vuoden 2011 yksikkökustannukset on muutettu vuoden 2014 hintatasoon käyttäen vuoden 2014 julkisten menojen kunnallistalouden terveys- ja hintaindeksiä (2005=100) 128,9. (Suomen kuntaliitto i.a.) Kapiaisen ym. (2014) arvioimat yksikkökustannukset ovat pääosin bruttokustannuksia eli ne sisältävät asiakkaiden maksusuudet.

TAULUKKO 8. Vanhuspalveluiden yksikkökustannukset 2014 hintatasossa

PALVELU	YKSIKKÖKUSTANNUS €
Kotihoito, ilman tukipalveluita	42,15
Kotihoito, sisältää perus- ja tukipalvelut	45,39
Vanhusten päivätoiminta/hoitopäivä	104,83
Tehostettu palveluasuminen lyhytaikainen/vrk	179,40
Tehostettu palveluasuminen pitkäaikainen/vrk	143,74
Vanhainkotihoito/vrk	199,94
Terveyskeskussairaalahoito lyhytaikainen/vrk	308,01
Terveyskeskussairaalahoito pitkäaikainen/vrk	277,75

Ikäihmisten perhehoidosta ei ole Kapiaisen ym. (2014) yksikkökustannuksia saatavilla. Kun käytämme Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä tehtyä laskelmaa perhehoidon vuorokausimaksun yksikköhinnasta, perhehoidon yksikkökustannukseksi saadaan 90 euroa vuonna 2014. Tämä on bruttokustannus kuten Hujasen ym. lasketut yksikkökustannukset, eli se sisältää asiakasmaksut. (Hujanen ym. 2012) Kun asiakasmaksut on vähennetty ikäihmisen perhehoidon yksikkökustannukseksi jää 55,7 euroa. Näitä kustannustietoja käyttäen ikäihmisten perhehoito vaikuttaa olevan tehostettua palveluasumista, vanhainkotihoitoa ja terveyskeskussairaalahoitoa edullisempaa.

5 PÄÄTELMÄT

Ikäihmisten määrän nopea kasvu edellyttää kunnilta erilaisten palvelumuotojen löytämistä ikääntyvien kuntalaisten tarpeita vastaamaan. Perhehoito on yksi mahdollisuus tarjota kodinomaista ympärivuorokautista hoivaa, päivittäistä apua tai valvontaa sitä tarvitsevalle ikäihmiselle. Perhehoidon lisäämisen mahdollisuudet on tästä syystä perusteltua selvittää. (Lainsäädännön muutostarpeet perhehoidossa 2010, 23.)

Ikäihmisten perhehoidon laajeneminen edellyttää perhehoidon tunnettavuuden lisäämistä. Perhehoito ei ole tällä hetkellä suuresti tunnettu. Kunnat päättävät, ottavatko ne toimeksiantosuhteisen perhehoidon palveluvalikkoonsa. Jos kunta ei tarjoa perhehoitoa ikäihmisille palveluissaan, perhehoitaja ei voi saada asiakkaita, eikä ikäihminen voi päästä perhehoitoon. Perhehoidon laajenemisen keskeisenä edellytyksenä voidaankin pitää sitä, että kunnat ottavat perhehoidon palveluvalikkoonsa.

Perhehoito edellyttää realistisena vaihtoehtoisena palveluna muihin käytettävissä oleviin palveluihin nähden riittävää määrää perhehoidon tuottajia eli perhehoitajia. Tässä selvityksessä tehty teoreettinen tarkastelu selvitti perhehoitajan taloudellisia hyötyjä perhehoitajana toimimisessa. Esitetyt laskelmat osoittivat perhehoitajana toimimisen taloudellisen kannattavuuden edellyttävän nykyisiä lakisääteisiä korvauksia suurempia korvauksia. Jotta perhehoitajana toimiminen olisi taloudellisesti kannattavaa, tulisi palveluntuottamisen kustannuksista maksetut korvaukset vähentämällä jäädä perhehoitajalle riittävä, palkkatyöhön verrattava korvaus annetusta työpanoksesta. Laskelmien pohjalta perhehoitajana toimimista voidaan tietyn laskennallisten edellytysten mukaan pitää taloudellisesti kannattavana. Taloustieteen tarkastelua ja tutkimusta tulee kuitenkin jatkaa. Tässä esite-

tyt ikäihmisten perhehoidon tuottamisen kustannukset ovat laskennallinen arvio, johon sisältyy epävarmuutta. Laskelmat on kuitenkin tehty läpinäkyvästi, joten niiden arviointi ja hyödynnettävyys mahdollistuu.

Ikäihmisten perhehoidon kustannusten vertailu muihin vaihtoehtoihin palveluihin on haasteellista, koska se edellyttää vertailtavien palveluiden kustannusten laskemista samoin menetelmin ja käytettävien tiedoin. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannuksia voidaan käyttää eri palveluiden vertailuun. Ikäihmisten perhehoidon yksikkökustannuksia ei ole vielä saatavilla.

Tässä selvityksessä perhehoidon kustannusten vertailua muihin vaihtoehtoihin palveluihin tehtiin käyttämällä terveyden ja sosiaalihuollon yksikkökustannuksia ja Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymässä tehtyä laskelmaa perhehoidon vuorokausimaksun yksikkö hinnasta. Tehty arviointi sisältää epävarmuutta käytettyjen kustannuserien vertailukelpoisuudesta, mutta se on kuitenkin suuntaa antavaa. Ikäihmisten perhehoitoa voidaan pitää, tämän arvion pohjalta, tehostettua palveluasumista ja laitoshoidoa edullisempana.

Lopuksi kiitokset Perhehoitoliiton asiantuntijalle Raija Leinoselle yhteistyöstä ja tiedoista, jotka muuten eivät olisi olleet saatavilla. Kiitokset myös PALMA-hankkeen ohjausryhmälle ideoista.

LÄHTEET

- Ahlstén Marika 2014. Henkilökohtainen budjetointi – mahdollisuus yksilöllisiin ratkaisuihin. Viitattu 14.7.2014. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineita/tyomenetelmia/henkilokohtainen-budjetointi/>
- Alajärvi, Hannu; Pajulampi, Pauliina & Simoska, Merja 2013. Ikääntyneiden ihmisten perhehoitoa Länsi-Pohjan kuntiin. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/912. 9.10.1992. Viitattu 9.7.2014 <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=2003%2F251#L5P19>.
- van der Berg, Bernard; Brouwer Werner, B. F. & Koopmanschap, Marc A. 2004. Economic valuation of informal care. An overview of methods and applications. *European Journal Health Economics* 5 (1), 36–45.
- Brookes, Nadia & Callaghan, Nadia 2013. What next for Shared Lives? Family-based support as a potential option for older people. *Journal of Care Services Management* 7(3), 87–94.
- Drummond, Michael F.; Sculpher, Mark J.; Torrance, George W.; O'Brien, Bernie J. & Stoddart, Greg L. 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford Medical Publications. Third Edition, Oxford: Oxford University Press.
- Fox, Alex 2010. Cuts or putting people first? Having a life as well as making a saving. NAAPS UK. Viitattu 10.08.2014. <http://sharedlivesplus.invisionzone.com/index.php?/files/file/44-cuts-or-putting-people-first/>.
- Flinkman, Mervi & Salanterä, Sanna 2007. Integroitu katsaus – eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Kirsi Johansson, Anna Axelin, Minna Stolt & Riitta-Liisa Ääri (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A: 51/2007*. Turku: Turun yliopisto.
- Hujanen, Timo; Kapiainen Satu; Tuominen Ulla & Pekurinen; Markku 2008. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. *Työpapereita/Stakes:3/2008*.
- Kapiainen, Satu; Väisänen, Antti & Haula, Taru 2014. Terveyden ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 3/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karikko, Wilhelmina & Selin-Hannola, Laura 2012. Vanhusten perhehoidon käyttöönotto Tampereella -selvitys 2012, Väli-Suomen ikäkaste, Tampereen Pekka -hanke. Tampere: Tampereen kaupunki.
- Kurki, Marjatta 2010. Laadukas perhehoito Kainuussa -hanke. Loppuraportti 2010. Kaajaani: Kainuun maakunta -kuntayhtymä.
- Lainsäädännön muutostarpeet perhehoidossa. Perhehoidon valtakunnallisen toimintaohjelman ja lainsäädännön kehittämistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:15.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734. 3.8.1992. Viitattu 9.7.2014. <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuollon%20asiakasmaksuista#P7c>.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista. 2012/980. 28.12.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
- Leinonen, Raija 2014. Projektityöntekijä, Perhehoitoliitto. Jyväskylä. Sähköpostiviesti 12.12. 2014. Vastaanottaja Marjo Pulliainen. Tuloste tekijän hallussa.

- Mollica, Robert L.; Simms-Kastelein, Kristin; Cheek, Michael; Baldwin, Candace; Farnham, Jennifer; Reinhard, Susan & Accius, Jean. 2009. Building adult foster care: What states can do. Washington DC: AARP Public Policy Institute.
- NAAPS & Improvement and efficiency South East 2009. A Business case for shared lives. Viitattu 10.08.2014. <http://www.communitycatalysts.co.uk/wp-content/uploads/2011/06/Derby-County-Council-Shared-Lives-for-Local-Authorities.pdf>.
- North Carolina Institute of Medicine 2011. Short- and long-term solutions for co-location in adult and family care homes. A report of the NCIOM task force on the co-location of different populations in adult care homes. Morrisville: North Carolina institute of medicine.
- Palmer, Stephen & Raftery, James 1999. Opportunity cost. Economics notes. BMJ 318 (5), 1551–1552.
- Perheitojalaki 1992/312. 3.4.1992. Viitattu 7.7.2014. <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920312?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perheitoja>.
- Posnett, John & Jan, Stephen 1996. Indirect cost in economic evaluation: the opportunity cost of unpaid inputs. Health economics 5 (1), 13–23.
- Shared lives plus 2010. Outsourcing shared lives – commissioners’ guide. Shared lives plus, Liverpool, England.
- Shared lives plus 2014. The state of shared lives in England, Report 2014. Liverpool: Shared lives plus.
- Sintonen, Harri & Pekurinen, Markku 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY, 251–257.
- Sosiaalihuoltolaki 1982/710, 17.9.1982. Viitattu 7.7.2014. <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuolto>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Palvelutarpeen arviointi määräjassa. Viitattu 15.11.2014. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet/palvelutarpeen_arviointi
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Perhehoidon palkkiot ja korvaukset vuonna 2014. Viitattu 15.11.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/-/view/1870180#fi>.
- Suomen kuntaliitto i.a. Kuntatalouden indeksejä. Viitattu 12.12.2014. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/kuntatalous/indeksit/Sivut/default.aspx>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Viitattu 15.11.2014. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Mini Mental State -asteikko. Viitattu 15.11.2014. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2013. Viitattu 15.11.2014. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>.
- Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä i.a. Toimintaohje 1.1.2014 alkaen. Ikäihmiset. Viitattu 15.11.2014. http://www.llky.fi/lomakkeet/Hoito%20ja%20hoiva/Ikaihmiseten%20palvelut/Ikaihmiseten_perhehoidon_toimintaohje_1_1_2014_alkaen.pdf.
- Toivanen, Maarit 2010. Vanhusten perhehoito toimeksiantosopimuksella Etelä-Pohjanmaalla. Johtavien viranhaltijoiden ajatuksia vanhusten perhehoidosta. Seinäjoen ammatikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Tyni, Tero; Myllyntaus, Oiva & Suorto, Annika 2012. Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille. Suomen kuntaliitto.
- Työntekijän eläkelaki 2006/395. 19.5.2006. Viitattu 15.11.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060395>.

Wilson, Leah & Halcrow, Shauna 2006. Residential options for adult with developmental disabilities: quality and cost outcomes, literature and initial program review. Vancouver: University of British Columbia.

Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja

C Katsauksia ja aineistoja

Sarjassa julkaistaan Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimus-, kehittämis- ja opetustoiminnan tuloksena syntyneitä julkaisuja, esim. työelämän oppimisympäristöistä ja muista projekteista nousevia opinnäytetöitä, oppimateriaaleja, ohjeistuksia sekä seminaari- ja projektiraportteja.

C1 Gothóni, Raili & Pesonen, Marja 1998. Tietopaketti harjoittelusta ja työelämäyhteistyöstä.

C2 Gothóni, Raili & Pesonen, Marja 1998. Tutkiva ammattikäytäntö.

C1 Gothóni, Raili & Pesonen, Marja 1999. Diakin harjoittelukäytännöt ja työelämäyhteistyö.

C4 Tolppi, Reijo 1999. Laadun lähteet verkossa, Kokonaisarviointiraportti 1.

C5 Kinttula, Outi 2001. Laadun lähteet verkossa. Kokonaisarviointiraportti 2.

C6 Kalmari, Arja & Wallenius, Tuula (toim.) 2002. Tuutorin tuki. Opintojen ohjaus ja tuutorointi Diakissa.

C7 Kainulainen, Sakari & Gothóni, Raili & Pesonen, Marja 2002. Kohdatti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten.

C8 Meretmaa, Anne 2002. Supervisor's Handbook.

C9 Kuokkanen, Ritva & Kivirinta, Mervi & Määttä, Jukka & Ockenström, Leena 2005. Kohdatti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten.

C10 Kuokkanen, Ritva & Kivirinta, Mervi & Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. 4. uud.laitos.

C11 Weissenfelt, Kerttu & Läksy, Marja-Liisa & Ruotsalainen, Kari & Haapalainen, Paula 2008. Verkosto arjen työtä tekevien voimavaraksi.

C12 Marttila, Marjaana & Häkkinen, Johanna 2008. POLULLA -projekti – Erityistä tukea ammattikorkeakouluopinnoissaan haasteita kohdanneille.

C13 Vähäkangas, Auli 2008. Aimojen kokemuksia ohjauksesta. Aikuisten monimuoto-opiskelijoiden kokemuksia ohjauksesta kevään 2007 Monikulttuurisuus -opintokokonaisuudessa Diakonia-ammattikorkeakoulun Järvenpään toimipaikassa.

C14 Pesonen, Helena 2008. Omalle yrittäjäuralle maahanmuuttajanainen. Omalle yrittäjäuralle, maahanmuuttajataustaisten naisten yrittäjävalmiuksien kehittämisprojekti 1.8.2006–4.4.2008 loppuraportti.

C15 Jolopainen, Anne & Lind, Kimmo & Niemelä, Jorma 2008. Ammattikorkeakoulut kansalaistoiminnassa.

C16 Eriksson, Elina & Markkanen, Arja & Tast, Marianne (toim.) 2009. Hoitotyön ammattikorkeakoulutuksen ja työelämän yhteinen hanketoiminta – kolmen ammattikorkeakoulun näkökulma.

C17 Eerola-Ockenström, Leena & Kalmari, Arja & Kivirinta, Mervi (toim.) 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. 5. uud.laitos.

C18 Eitakari, Liisa (toim.) Monimuotoistuva työelämä 2010. Työyhteisöjen monimuotoistumisprosessi TyöMMe -hankkeen kokemusten perusteella.

C19 Pesonen, Helen & Vihonen, Anu 2010. Maahanmuuttajayrittäjien mentoroinnin käsikirja.

C20 Heusala, Maarit & Kokko, Taina & Marttila, Marjaana. Yhdessä tein -hanke 2009–2011. Opiskelijahyvinvoinnin kehittäminen Uudenmaan alueen ammattikorkeakouluissa.

C21 Ruotsalainen, Kari & Kantele, Liisa 2011. Sairaanhoidosta velkaneuvontaan. Pieksämäellä vuosina 1949–1995 valmistuneiden diakonisojen kertomuksia opiskelusta ja työstä.

C22 Meretmaa, Anne 2012. Adventurous decade and more – Diak's partnership in Asia.

C23 Mäkelä, Sanni & Peltonen, Elina 2012. Nuorten vapaaehtoistoiminnan käsikirja.

C24 Jouppila-Kupiainen, Elina & Kammonen, Sirpa & Kirvesniemi, Tiina & Kuru, Tiina & Mikkonen, Helena & Rautasalo, Eija & Utriainen, Seija (toim.) 2013. Voisimmeko yhdessä olla enemmän? Gerontologinen erityisosaaja mukana ikääntyvien ihmisten arjessa.

C25 Katisko, Marja 2013. Maahanmuuttajataustaisten perheiden kokemuksia lastensuojelujärjestelmästä (vain nettijulkaisuna).

C26 Kuvaja-Köllner, Virpi & Steffansson, Marina & Kettunen, Aija 2013. Tieto- ja viestintätekniikan käyttö, mahdollisuudet ja haasteet terveyden etäseurannassa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Tuloksia eKylä-hankkeesta Pieksämäellä 2009–2012

C27 Kuvaja-Köllner, Virpi & Steffansson, Marina & Kettunen, Aija 2013. The use, possibilities, and challenges of information and communication technology in remote health monitoring and prevention of illnesses. Results from the EmotionAAL project in Pieksämäki, Finland in 2009-2012 (vain nettijulkaisuna).

C28 Kauppinen, Kirsti, & Neuvonen, Virpi & Rautasalo, Eija (toim.) 2013. Tuokiokin on tärkeä Näkökulmia teknologian hyödyntämiseen heikkokuntoisten ikääntyneiden vuorovaikutuksessa (vain nettijulkaisuna).

C29 Korhonen, Saila & Soininen, Mali (toim.) 2013. Yksilöllisesti vaan ei yksin – kohtaamisia ja keskusteluja vammaisuudesta.

C30 Korhonen, Ulla & Vanhapiha, Elina & Karjalainen, Jari & Kostilainen, Harri & Ahonen Karoliina & Karinsalo, Ritva 2013. Yhteiskunnallisten yritysten Living lab – tukimallia rakentamassa.

C31 Karttunen, Anna & Kettunen, Aija & Piirainen, Keijo 2013. Yhteistyöllä hyvinvointia. Järjestöjen välinen ja järjestö-kuntayhteistyö hyvinvoinnin lisääjänä

C32 Karjalainen, Anna-Liisa & Koistinen, Paula & Kolkka, Marjo & Ylönen, Merja (toim.) 2014. DIAKpeda – kehittämistä, kokeilua ja yhteistä työtä

C33 Radcliffe, David 2014. Spaces of wellbeing. What is so special about special needs art studios?

C34 Moilanen, Hanna & Karjalainen, Jari 2014. Yhteistoiminnasta ratkaisuja – Etelä-Savon yhteiskunnallista yrittäjyyttä rakentamassa.

C35 Piirainen, Keijo & Kettunen, Aija 2015. Arviointi GAS-menetelmän edellytyksistä työllisyyspalveluissa.

C36 Piirainen, Keijo & Kettunen, Aija 2015. Potential for Single-Case Evaluation in Employment Services – Goal Attainment Scaling Method for Difficult-to-Employ Jobseekers.

C37 Steffansson, Marina & Pulliainen, Marjo & Lappi, Riitta 2015. IKÄIH-MISTEN HYVINVOINTIA RAKENTAMASSA. Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet -hanke.

Sarjojen kriteerit

A Tutkimuksia

Sarjassa julkaistaan uutta ja innovatiivista tietoa tuottavia tieteellisiä tutkimuksia Diakonia-ammattikorkeakoulun opetus-, tutkimus- ja kehittämis-toiminnan alueilta. Julkaisut ovat lähinnä väitöskirjoja, korkeatasoisia artikkelikokoelmia sekä lisensiaatintutkimuksia.

B Raportteja

Sarjassa julkaistaan henkilökunnan tutkimuksia (lisansiaatintöitä, pro graduja), ansioituneita Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä sekä niiden Diakin kehittämisprojektien raportteja, jotka ovat tuottaneet innovatiivisia ja merkittäviä työelämää kehittäviä tuloksia.

C Katsauksia ja aineistoja

Sarjassa julkaistaan Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimus-, kehittämis- ja opetustoiminnan tuloksena syntyneitä julkaisuja, esim. työelämän oppimisympäristöistä ja muista projekteista nousevia opinnäytetöitä, oppimateriaaleja, ohjeistuksia sekä seminaari- ja projektiraportteja.

D Työpapereita

Sarjassa julkaistaan asiantuntijapuheenvuoroja ja kannanottoja ajankohtaisiin asioihin, erilaisia suunnittelutyön tarpeisiin tehtyjä selvityksiä (esim. laa- ja projektisuunnitelma) ja projektien väliraportteja. Sarja mahdollistaa kokemusten ja asiantuntijatiedon nopean eteenpäin viemisen.